UNIVERSITÉ BORDEAUX II

Année 1973 - Thèse n° 266

Un camp d'accueil de réfugiés Algériens en France

A propos de 10 ans d'écoute psychiatrique

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le mardi 30 octobre 1973

par Monique ETCHEGARAY
Interne des Hôpitaux Psychiatriques
née le 30 septembre 1941 à Toulouse (Haute-Garonne)

Examinateurs de la thèse :

MM. M. BLANC, Professeur ..... Président

H. POUYANNE, Professeur ..... Juge
A. SERISE, Professeur ..... Juge
M. BOURGEOIS, Agrégé ..... Juge

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547324_0030

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon mari,

avec tout mon amour.

A mes filles,

avec ma tendresse la plus profonde.

A mon père,

avec toute ma gratitude.

A ma mère,

avec toute mon affection.

A ma grand'mère,

A Nicole,

A Jean,

A mes beaux-parents,

A Françoise et à Annie,

A toute ma famille.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Au Docteur Huguette HOT

elle a partagé nos soucis et nos joies.
En toute amitié.

A mes camarades de l'Internat de l'E.P.D. de la Candélie.

A Mademoiselle MONFORT

secrétaire médicale.

Aux Pensionnaires de l'E.P.D. de la Candélie.

A Monsieur le Docteur CAMPAGNOLLE

Médecin des hôpitaux psychiatriques.

A Monsieur le Docteur CORNIL

Médecin des hôpitaux psychiatriques.

En reconnaissance de son enseignement et de son accueil toujours bénéfique et compréhensif, qu'il reçoive nos respectueux hommages

A Monsieur le Docteur P. FOURNIAL

Médecin des hôpitaux psychiatriques.

Il nous a fait l'honneur de suivre nos premiers pas dans l'éveil de notre vocation. Ses conseils judicieux, sa patience ont été pour nous un exemple.

Qu'il soit remercié de l'amitié qu'il a bien voulu nous accorder et reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur J.J. MAUPOME

Médecin des hôpitaux psychiatriques.

C'est avec lui que pas à pas nous avons vécu et assumé notre travail quotidien : son enseignement brillant, son grand talent pédagogique, ses rares qualités humaines, la richesse des perspectives qu'il a su nous montrer en font pour nous un modèle à suivre.

Qu'il reçoive l'hommage de notre sincère reconnaissance et le témoignage de notre amitié la plus profonde.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur M. BOURGEOIS

Agrégé de Psychiatrie

Monsieur le Professeur A. SERISE

Professeur à titre personnel - Hygiène
Chevalier de la Légion d'honneur
Médaille militaire
Croix de Guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes Académiques
Chevalier de la Santé Publique
Officier de l'Ordre du Mérite.

Monsieur le Professeur H. POUYANNE

Professeur de Clinique Neuro chirurgicale.
Neurochirurgien des hôpitaux.
Chevalier des Palmes Académiques.

Nous les remercions de bien avoir voulu siéger au Jury de cette thèse.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. BLANC

Professeur sans chaire. Psychiatrie.
Médecin des hôpitaux. Chef de Service.
Directeur des Etudes de la section de Psychopathologie (Institut Psychologique)
Chevalier des Palmes Académiques.
Licencié es-Lettres.

Il nous a fait le très grand honneur de présider le Jury de cette thèse.

Qu'il veuille bien recevoir ici le témoignage de notre admiration pour le riche enseignement qu'il nous a donné et qu'il veuille accepter nos respectueux hommages.

INTRODUCTION

LE CENTRE D'ACCUEIL DE REFUGIES ALGERIENS DE BIAS

I. - **Origine et création**
II. - **Population du camp**
III. - **Structure du centre d'accueil**

a) La famille, les enfants, la scolarité, les débouchés.
b) La vie du camp.

1) L'Islam en général.
2) L'Islam au C.A.R.A.

c) Le vécu du C.A.R.A. par la population Villeneuvoise et les différents aspects de l'environnement.

LE PSYCHIATRE DE FORMATION EUROPEENNE DANS LE C.A.R.A. ET SES PROBLEMES

- Nécessité de connaître l'âme musulmane.
- A la recherche de l'âme musulmane à travers divers écrits, romans, études et statistiques.

PSYCHOPATHOLOGIE DU CAMP DE BIAS

I. - **Le dispensaire de BIAS**

- Description
- Statistiques
- Atmosphère et vécu du dispensaire

II. - **La psychiatrie propre**

1) Données statistiques.

2) Le malade de BIAS à la Candélie : observations hommes.

3) La malade de BIAS à la Candélie : observations femmes.

4) Quelques cas particuliers.

5) Du psychiatre au marabout et du marabout au psychiatre.

III. - **Réflexions**

1) Réflexion « politique » : la « faute »du harki.
2) Le devenir des jeunes.
3) L'avenir du centre d'accueil.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Juillet 62... date aujourd'hui un peu oubliée, rancœur pour un million de nos compatriotes et qui ne s'effacera qu'à la génération suivante. Peut-être faudra-t-il un jour étudier ce qu'a été pour ces « pieds noirs » la psychopathologie du retour à la « mère patrie », à cet utérus phantasmé et dont ils s'aperçurent qu'il fut quelque peu adultérin.

Ce n'est point là l'objet de notre propos, nous ne sommes pas « pied noir » et nos parents non plus, notre expérience de l'Algérie est nulle. Notre esprit ne s'est échauffé qu'un temps et encore par journalisme interposé.

Durant les événements d'Algérie, l'armée française avait à son service un corps de supplétifs, les harkis : corps fait de soldats d'ethnie arabe ou berbère, issus en principe de toutes les couches de la population musulmane dite fidèle. Ayant combattu leurs frères de race et ayant pris parti dans un combat politique d'où ils sortirent vaincus, il ne leur restait même plus ce que les français de Bab-el-Oued appelaient la « valise ». Apeurés, menacés et sachant bien le sort qui leur était réservé, certains réussirent à passer entre les mailles du F.L.N., se réfugiant auprès de leurs anciens officiers, ou bien se glissant par unités entières dans les ports et les quelques rafiots mis à leur disposition. Certains avaient avec eux leur famille, d'autres laissèrent tout là bas.

Que sont aujourd'hui devenus ces harkis et que sait-on d'eux ? Ont-ils été accueillis par ceux qu'ils avaient servis ? Se sont-ils intégrés, ont-ils eux aussi pu revivre ? Les cellules familiales se sont-elles reconstituées ? Sont-ils revenus

en Algérie ? Dix ans après certaines voix se sont levées, leur leader le Bachaga Boualem a écrit dans un hebdomadaire à grand tirage, mais il ne s'agissait que d'un numéro anniversaire, un harki a parlé une fois dans une série d'émissions télévisées (anniversaires elles aussi). Allons, il nous faudra encore attendre dix ans pour que l'on s'intéresse à nouveau à eux. Deux pages de Paris-Match, trois minutes d'interview et le tour sera joué une nouvelle fois. Mais là encore, il n'est pas de notre rôle de jouer à l'inspecteur de conscience collective.

En fait, à leur arrivée, on les a placés dans des centres d'accueil disséminés un peu partout dans le Sud de la France. Près de Villeneuve-Lot, à Bias, existe un tel centre, ouvert en janvier 63... il existe toujours.

En application de la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 demandant aux hôpitaux psychiatrique de sectoriser leur action, le service dans lequel nous travaillons a vu son champ d'action se porter sur Villeneuve-Lot essentiellement, ville du pruneau, au climat exceptionnel, cette ville a toujours accueilli les populations migrantes : italiens fuyant la misère puis le fascisme, espagnols réfutant le Caudillo, portugais fuyant la misère et le régime Salazar, puis pieds noirs mais enfin algériens, sans compter un grand nombre de retraités de la région parisienne étouffant dans leur pavillon de banlieue et venant y mourir d'ennui loin des trépidations de la R.A.T.P.

Dans ce secteur, le Centre d'Accueil pour réfugiés algériens (C.A.R.A.) de Bias a une place à part. Occupé dans un premier temps en vrac, par le tout venant, petit à petit, il s'est vidé de la population valide et apte au travail qui a pu tant bien que mal s'occuper soit à Villeneuve, soit dans d'autres départements plus favorisés industriellement. Sont également partis, les habitants plus aisés ou qui avaient reçu une pension suffisante due à des blessures subies au combat ou dans les prisons F.L.N. Sont arrivées par la suite les épouses, venues de bleds algériens avec leurs coutumes

et leurs langues, la grande majorité ne sachant pas un mot de français. Puis vinrent les « politiques » expulsés par le Gouvernement algérien après cinq ans de prison. Enfin, revinrent les inadaptés, les invalides et tous ceux dont « l'insertion sociale » échoua.

Vivant sur lui même, un peu à l'écart de la cité, le C.A.R.A. de Bias est une véritable enclave algérienne sur notre secteur. On y vit à l'algérienne.

Observer ce camp et surtout essayer d'en appréhender la psychopathologie est l'objet de notre travail. Ne connaissant rien ou peu de choses du monde musulman, il nous faudra avancer pas à pas. Le premier temps de ce travail sera consacré à une étude rapide sur le camp, sur les mouvements de la population, sur les activités et la vie quotidienne. Dans un deuxième temps, il nous faudra voir comment on peut essayer d'approcher l'âme musulmane car sans cette approche, il serait difficile de comprendre la maladie.

Peu de choses ont été écrites et les écrits sont bien souvent de langue française, sources de bonne foi certes, mais nous laissant le goût de l'inachevé, l'impression d'une approche incomplète occidentale, rationnelle plus près de Descartes que de Mahomet.

Depuis quatre ou cinq ans, des auteurs arabes ont commencé à écrire. Certains, des romans « à la française » mais dans lesquels, ils décrivent la vie de leur peuple et leurs origines. D'autres des pamphlets acerbes dénonçant la condition féminine, d'autres encore des études sociologiques, certains enfin se détachant du monde traditionnel universitaire français ont voulu arabiser le courant idéïque cartésien. Nous pensons à Kateb Yacine, Ab del Kebir Khatibi, mais aussi à Driss Chraïbi ou à Ali Bouhmedi, à Fadéla M'Rabet, à Malika Belghiti. Certes, notre travail ne sera qu'une ébauche, qu'un « flou » photographique, mais que faire d'autre à l'âge d'une thèse et quand on n'a pas voyagé ou travaillé à l'étranger.

Notre travail à l'étranger, notre « coopération technique », pouvons-nous considérer l'avoir faite à Bias, dans ce microcosme si particulier ? Essayons en tous cas d'en tirer les conclusions. De 1963 à 1972, le service dont je fais partie s'est donc occupé de Bias. Un dispensaire d'hygiène mentale y a été organisé et des consultations y sont régulièrement données : traitement ambulatoires, dépistage, post-cure et pourquoi pas, entretiens psychothérapiques dans une visée transculturelle.

Les malades mentaux du C.A.R.A. sont tous hospitalisés dans le service et suivis par la suite à Bias. Qu'ont-ils de particulier, présentent-ils une psychopathologie différente que d'aucuns qualifieraient de socio-culturelle, ce que nous n'hésiterons pas à faire, tout en pensant que le terme est peu adéquat et satisfaisant et qu'il faudrait parler de psychiatrie socio-culturelle, de psychiatrie de déracinés, de psychiatrie de la misère, de psychiatrie précarcérale, de psychiatrie de la culpabilité politique ?

Le sujet est vaste et peut être ambitieux. Aussi, on nous pardonnera sans doute les insuffisances de nos réflexions ou de nos observations.

Il ne peut s'agir que d'une contribution à une étude plus vaste qui devrait porter sur le problème des harkis et plus généralement des déracinés.

LE C.A.R.A. DE BIAS

I. - ORIGINE ET CREATION

Ouvert en janvier 1963, le C.A.R.A. s'installa sur un ancien camp militaire. Il existait une quinzaine de baraques alignées côte à côte sur un terrain désertique et entouré de grillage. On cloisonna ces bâtiments à la va-vite et on les appela logements ; les familles s'y entassèrent.

Chaque « logement » comprenait quatre pièces de trois mètres sur trois : une cuisine avec évier et cheminée et trois chambres. Il manquait de sanitaires. Soit : on ne lésina pas on créa des blocs communs extérieurs qui existent toujours.

Depuis 10 ans il y a eu peu de modifications. On aménagea des rues avec des trottoirs, on laissa pousser l'herbe dans le but de faire des pelouses, on créa même un terrain de rugby, qui est loin d'être le sport de prédilection des arabes.

Certains logements furent transformés et il existe maintenant des habitations de trois, quatre cinq ou six pièces munies d'un évier, d'un lavabo, d'un bidet et chauffées par une cuisinière à mazout (ce mazout étant au frais de l'occupant bien évidemment, qui nous le verrons plus loin ne peut pas souvent le payer).

Il existe aussi un pavillon séparé dit bâtiment des célibataires : une cuisine commune, munie de réchauds sur une paillasse centrale, une salle à manger avec télévision (depuis 72), une salle de douches et douze chambres chauffées à l'air pulsé.

Un embryon de vie s'est peu à peu créé, ainsi l'on peut voir maintenant trois petites boutiques typiques : un boucher, un coiffeur et un café.

Dans un louable souci d'économie, la lumière est coupée à 22 heures. Cependant on installa des compteurs pour ceux qui désiraient s'éclairer après cette heure (supplément facturé).

L'aspect général est assez triste, longues baraques alignées, grises, faites de préfabriqué écaillé et de toits en tôle ondulée, sanitaires communs d'une saleté repoussante, vagues champs de jeux pour enfants vifs et criards, trottoirs délabrés où sont assis à longueur de journées des femmes jacassantes, des hommes sales, misérablement vêtus, rêvant à Dieu sait quoi ! De-ci de-là, tranchent les couleurs vives des dfinas que les femmes ont conservés, les tarbouches de quelques vieillards.

Tout donne un aspect d'improvisation, excusable il y a 10 ans, certes, mais contre lequel on n'a rien fait depuis. L'habitude aidant on peut se faire à Bias, il n'empêche que la première fois que l'on y entre on ne peut s'empêcher de penser à un camp (de réfugiés, dirons-nous euphémiquement).

La gestion du camp est organisée de la façon suivante : à la tête on trouve un directeur assisté d'un directeur adjoint et la partie médico-sociale est assumée par un médecin à temps complet et une assistante sociale.

Le rôle essentiel du médecin est un rôle d'hygiéniste, cependant il est également médecin traitant et il surveille dans la mesure du possible la prise des thérapeutiques diverses psychiatriques ou autres.

Sur le plan psychiatrique en particulier, une infirmière se charge de la distribution quotidienne des médicaments.

Les services se répartissent en quatre catégories :

1) **Le secrétariat :** composé de deux secrétaires, un agent d'exploitation, un standardiste employé de bureau, un planton.

2) **Le service général :** comprenant un chef de service, un agent de dispatching, deux chauffeurs (magasinier -

mécanicien), un ouvrier d'entretien et une femme de ménage.

3) **Un service social :** avec deux monitrices, un animateur et une gardienne d'enfants.

4) **Une infirmerie :** assurée par deux infirmiers et un planton interprète.

II. - POPULATION DU CAMP

Les premiers habitants arrivèrent de centres de transit (Rivesaltes, Larzac, Saint-Maurice L'Ardoise) après avoir débarqué à Port-Vendres.

Au début, il y eut des mouvements de population extrêmement importants et la sédimentation de la population se fit sur des critères essentiellement matériels : les personnes actives quittèrent plus rapidement le camp et il subsista surtout une population matériellement et moralement incapable de se prendre en charge, c'est-à-dire des personnes âgées, invalides, infirmes ou des femmes seules avec beaucoup d'enfants. L'effectif qui atteignit rapidement 1.200 personnes, diminua progressivement pour se stabiliser aux alentours de 750 personnes par le phénomène de « l'intégration ». En effet, les sujets capables de travailler se dispersèrent le plus généralement dans l'Est ou les mines du Nord au début. A partir de la fin de l'année 64, il n'y eut plus d'arrivée au camp. La reprise de l'accueil eut lieu en 68, une nouvelle catégorie de familles venant directement d'Algérie s'installa ; il s'agissait de familles dont les pères étaient d'anciens harkis, qui, après cinq ans de détention politique étaient expulsés d'Algérie.

Depuis 1970, la population est stable, aux alentours de 750 personnes.

Actuellement, on trouve donc dans le camp, 85 familles avec père et mère, le père étant vieux, malade ou inapte ; 51 familles avec la mère seulement, veuve, divorcée ou abandonnée.

Dans ces 136 familles, vivent 470 jeunes de moins de 20 ans. De plus, un problème très particulier est créé par un groupe à part, très isolé, celui des 35 « célibataires » :

hommes de tous âges qui ont laissé femmes et enfants en Algérie. La moitié sont des malades mentaux et sont considérés par ces marginaux comme encore plus « en marge ».

Il existe également deux familles avec deux épouses.

III. - STRUCTURE DU C.A.R.A.

a) La famille, les enfants, la scolarité, les débouchés.

La famille, structurée de manière patriarcale, dispose pour vivre des pensions et retraites pour les plus âgées, des aides aux infirmes, des allocations familiales et parfois de pensions militaires.

Quand ils n'ont rien, il reçoivent un secours de la préfecture de 250 F par mois.

— Le père ne travaille pratiquement jamais, il est trop vieux. il est blessé, il est brisé. De toutes façons, il n'existe pas de débouchés dans la région. A l'intérieur du camp il existe un atelier de paillage de chaises qui occupe en fait deux hommes et dix femmes. A l'extérieur certaines entreprises agricoles engagent pour des travaux uniquement saisonniers une quinzaine d'hommes et 48 femmes.

Le quotient familial est de 170 F par personne et par mois en moyenne. L'eau, l'électricité (jusqu'à 22 h), l'hébergement sont gratuits.

— Le problème le plus intéressant reste celui des enfants : on compte 470 jeunes de moins de 20 ans qui pour la plupart ne se souviennent que peu de l'Algérie où du reste ils vivaient déjà en camp.

Une vue rapide, des entretiens avec les habitants, l'assistante sociale, nous montre qu'il existe de grandes différences entre les garçons et les filles, les garçons étant jaloux de leurs sœurs mieux acceptées par la population autochtone et qui ont tendance à s'occidentaliser plus facilement.

Nous verrons qu'il ne s'agit là en fait que de quelque chose de très banal quand nous étudierons plus tard le fondement même de la société patriarcale. Sans doute le problème est-il aggravé par celui du risque des mariages mixtes.

La plupart des filles voudraient épouser un français mais elles se heurtent à l'opposition de la famille qui se réfugie derrière les préceptes coraniques (le mariage mixte n'est possible que pour le garçon et à condition que l'épouse se convertisse).

Quant au fils aîné, il a une place à part, celle qu'il a dans la conception patriarcale et au C.A.R.A. il la conserve.

A la mort du père, c'est lui qui devient le chef de famille.

Il est alors très choyé et adulé par la veuve qui ne s'octroie qu'un seul droit vis-à-vis de lui : le choix de son épouse, mais là encore nous y reviendrons.

90 % présenteraient une carence éducative des parents qui justifierait la présence d'une équipe soignante. Mais en fait, peut-on parler de carence parentale quand les parents sont eux-mêmes déracinés et ne peuvent faire face à leurs propres problèmes ?

Le taux de natalité était de 35 à 40 °/oo au départ. Il est actuellement de 20 à 25 °/oo. Il y a eu 19 naissances en 1972. Ce taux baisse régulièrement depuis l'ouverture du camp sauf en 69 où il y eut une recrudescence explicable par le retour des prisonniers. Cette baisse est essentiellement due à l'organisation de la contraception. Notons au passage un détail amusant : les enfants nés des deux épouses ont droit au nom du père par dérogation mais la Sécurité Sociale du Lot-etGaronne refusait les carnets de maternité pour la deuxième femme. C'est la loi sur la filiation qui a facilité les choses.

Les mariages sont peu nombreux. Une fois mariés les jeunes doivent quitter ce camp. Ces mariages ont lieu à la mairie, mais pour la suite les traditions musulmanes persistent. Il peut encore exister un « contrat » qui est soi-disant verbal mais qui est plus souvent écrit en cachette et a certainement plus de valeur personnelle pour eux qu'un livret de famille français (qui ne leur servira qu'à ouvrir des droits).

On nota seulement quatre cas de divorce chez des filles très jeunes, enceintes, qui sont revenues au camp après des heurts avec les beaux-parents chez qui elles étaient parties. Mais les vrais problèmes de ce type commencent seulement maintenant. En fait la première génération d'enfants de Bias vient d'atteindre l'adolescence et il est probable que de nombreux heurts entre la recherche de l'intégration occidentale des jeunes et les formations réactionnelles régressives chez les anciens alimentera largement les sujets de prochaines études.

La scolarité : 250 enfants sont pris en charge par l'école maternelle et primaire du camp. Un retard scolaire général est à signaler : sur 86 enfants entre le C.E.I. et le C.M. 2, 16 seulement ont un niveau normal, 36 ont un an de retard, 28 en ont deux ans, 6 en ont trois ans.

46 garçons sont dans des centres de jeunesse pour carence éducative complète ou rattrapage scolaire à Chantenay, Moumour, Montaut, Gelos.

Dans les C.E.T. et les lycées de la région, on trouve 30 garçons et 50 filles.

En I.M.P. 11 jeunes dont les Q.I. vont de 0,40 à 0,70.

Là encore donc tout ne va pas pour le mieux.

On peut chercher à expliquer les retards scolaires par le fait que les enfants parlent en arabe entre eux au camp, que pour les parents, les enfants ont toujours raison (c'est l'institutrice qui sera toujours prise à partie par les parents).

Mais est-on vraiment satisfait de ces explications ? Et puis est-ce en organisant leur enfance dans un système volontairement clos que l'on arrivera à quelque chose, à les préparer à se lancer dans une vie différente de celle pour laquelle ils étaient génétiquement et anatomiquement faits : Pour ces enfants arabes, élevés dans un milieu arabe, ne parlant guère qu'arabe, n'aurait-on pu prévoir autre chose ? Cet encadrement, ces institutrices, sont-elles préparées à travailler dans ces conditions et n'a-t-on pas mis là une école que pour suivre les lois de Jules Ferry ? Toutes ces erreurs,

encore une fois explicables en 62, 63 sont maintenant coupables avec le recul, quand on sait que rien n'est fait et que rien ne sera fait.

Durant les périodes de vacances fonctionnent un centre aéré, une garderie pour les enfants des mères qui travaillent. De plus, une centaine d'enfants partent en colonies de vacances avec les enfants du département.

Les débouchés : La population adulte est faite d'un sédiment qui ne recherche pas ou plus le travail. Le travail saisonnier qui existe de juin à novembre est peu prisé. Il faut dire aussi que dès qu'ils ont un travail régulier, et un salaire avoisinant le SMIG, ils sont mis à la porte car soi-disant « intégrés ».

De plus l'absence d'emplois, sur le marché local fait qu'il n'y a pratiquement pas de débouchés pour les hommes, seules les femmes travaillent, s'occupent à des tâches domestiques ou saisonnières agricoles.

La seule solution reste le départ, (encore !) pour les jeunes en particulier. En fait, ils n'ont pas de diplômes (retard scolaire) pas de famille pour les aider et les héberger ailleurs, au début. Ils sont arabes mais de nationalité française (comment les sous-payer ?) De plus les filles doivent rester à la maison sous la tutelle parentale jusqu'au mariage qui se fera soit avec un oisif du camp (rarement), soit avec un vieil oncle venu de Montpellier ou d'ailleurs la chercher un beau matin, armé d'une 404 de location. Il faudrait pour tous ces jeunes qui arrivent maintenant sur le marché du travail avoir prévu des emplois correspondant à leur éducation, leurs antécédents ; rien n'a été fait, et si par hasard ils se lancent à l'aventure, l'échec est alors pratiquement indubitable. Or s'ils sont partis une fois, même si c'est sur la pointe des pieds, lors de leur retour, il leur sera dit qu'ils n'ont plus rien à faire au centre d'accueil (c'est-à-dire dans leur famille) car ils ont été **« intégrés ».**

De cette vue panoramique le lecteur ne pourra en retirer qu'un goût amer. Que deviendront ces 750 personnes

et sourtout que deviendront la 2e et 3e génération de Bias puisqu'il est presque logique de penser que la première est « sédimentée ». Des études sérieuses, des projets simples et sans ambitions auraient pu apporter une solution. Il suffisait en fait de penser que dans un coin du Lot-et-Garonne existait non pas un« cancer » qu'il fallait supporter mais quelques centaines de personnes qui avaient un beau jour choisi de venir vivre chez nous et ce, après, il faut bien le dire quelques sacrifices. Sans vouloir dire que ces personnes avaient des droits sur nous, (nous n'avons pas goût à l'emphase) peut-être pourrait-on penser qu'ils avaient le droit de vivre à la française.

Les préparer à vivre avec nous ne consistait certainement pas à les parquer dans un camp à la palestinienne. Perdre la première génération, celle des harkis était probable, mais ces harkis se sont reproduits et l'on a parqué leurs enfants en ne leur donnant que des faux semblants de chances. Comment ne pas trembler pour leur avenir.

b) **La vie du camp :** l'étude de la vie au C.A.R.A. de Bias ne peut se concevoir qu'en fonction de l'Islam et de l'adaptation de ses préceptes à la situation particulière.

1) **L'Islam en général**

L'Islam est la religion fondée en Arabie au VIIe siècle par Mahomet (Mohammed) et dont la substance lui fut transmise du ciel par l'intermédiaire de l'ange Gabriel (Djabrail) ou esprit divin, en révélations fragmentaires successives dont l'ensemble est le Coran, parole de Dieu.

Le terme d'Islam vient de la racine Salama (se soumettre entièrement à Dieu). Salama a encore donné muslim « celui qui a reçu l'Islam », au pluriel muslimuna (cas sujet), muslimin (cas indirect-direct) dont nous avons fait musulman.

Le terme d'Islam s'applique non seulement à l'orthodoxie musulmane (dite sunnite) mais aussi aux sectes hérétiques des chiites et des kharidjites qui d'ailleurs sont séparées des orthodoxes plus par des différences doctrinales ou culturelles profondes. Les principaux dogmes de l'Islam brièvement exposés dans le Coran sont :

— La croyance en un Dieu unique créateur du monde,

incréé, dont les anges sont les ministres, qui s'est révélé au monde et l'a invité au monothéisme par ses prophètes (parmi lesquels Abraham, Moïse, Jésus-Christ et dont Mohamed est le dernier, le « sceau », « Rassoul Allah »).

- La croyance à la vie future où les bons seront récompensés (paradis) et les méchants punis (enfer).
- La croyance à la résurrection.
- La croyance au jugement dernier.
- La croyance au djinns.

C'est à partir du Coran que s'est formé l'ensemble dogmatique de l'Islam par un long développement au cours duquel ont été discutés, admis ou condamnés certains articles. Parmi ceux-ci le plus discuté est celui de la prédestination admis par l'orthodoxie sunnite.

Les obligations culturelles sont au nombre de cinq :

1) **La profession de foi ou chahàda :** « là ilaha illa Allah, Mohammed rasùl allah » (il n'y a de Dieu qu'Allah et Mahomet est son prophète).

Dans toutes les graves circonstances, en particulier à l'heure de la mort d'un musulman, on récite **la chahàda.**

2) **La prière : salàt :** c'est-à-dire les cinq prières quotidiennes et la prière du vendredi à la Mosquée, prières précédées d'ablutions.

Le ou la salàt ou prière rituelle, élément essentiel du culte est un composé de rites, gestes et paroles qui a lieu cinq fois par jour :

- A l'aurore : pière du sabh ;
- A midi : prière du zuhr ;
- A 16 h : prière de l'asr ;
- A la tombée du jour : prière du magrhib ;
- A la nuit : prière de la « icha ».

3) **L'aumône légale ou impôt religieux : le zakat** a des fins de bienfaisance. Le zakat est un impôt payé en nature et en général le 1/10e de la récolte ou du gain annuel. Il est affecté aux bonnes œuvres et aux percepteurs de cette aumône.

4) **Le jeûne lors du mois de Ramadan (sawar)** où il est interdit de boire, manger, fumer ou approcher son épouse du lever du soleil au coucher.

5) **Le pélerinage à la Mecque : hadjdj :** le pélerinage de la Mecque doit être accompli au moins une fois dans sa vie par un bon musulman (il peut se faire parfois par procuration).

Ce sont les cinq piliers (arkàn) de l'Islam auxquels on ajoute la guerre sainte contre les infidèles (djihàd) dans certaines sectes.

Le culte ne comportant pas de liturgie **il n'y a pas de ministre du culte.** Ni le muezzin (muaddhin) qui appelle les fidèles à la prière du haut du minaret, ni l'iman chargé de diriger la prière, ni le khatib ou prédicateur n'ont un caractère sacerdotal.

La prière est précédée d'ablutions purificatoires. Elle se fait le visage tourné vers la Mecque.

Mais l'Islam n'est pas seulement une religion, c'est aussi une loi qui règle le comportement du musulman dans toutes les circonstances de la vie religieuse, politique, sociale et individuelle.. Le Coran est la source de la loi. Mais comme il ne statuait que sur un nombre restreint de cas, il est complété par la Tradition du prophète (hadith) qui a participé ainsi à l'élaboration de la loi (charia).

Ceux qui ont étudié connaissent et enseignent la loi sont les ùlemas qui jouent le rôle de directeurs de conscience et de jurisconsultes dans leur collectivité sans jamais en principe constituer un clergé.

La **charia** régit tous les pays islamiques. Elle conserve son autorité dans les domaines religieux mais aussi en **droit public** et **pénal** et notamment en matière d'impôts. Les Gouvernements musulmans ont établi des lois sur la nécessité ou la coutume mais se sont inspirés aussi parfois de l'Europe. Les édits s'appelaient des gànun (dérogations à la charia) puis des hatti cherif.

Les lois marocaines actuellement édictées le sont sous forme de dahir par le roi au titre d'Amir al mouloumine (chef des croyants).

A côté de la conception selon laquelle l'essentiel pour un musulman est l'observation de la loi religieuse et sociale, s'est fait jour une autre tendance, celle des mystiques qui vise à entrer en communication intime et directe avec Dieu par des exercices d'ascese, la méditation et la récitation des textes coraniques. Ainsi sont nées les confréries, différenciées par leurs méthodes d'initiation et les formules d'oraisons et d'exercices spirituels recommandés par leurs fondateurs. Elles ont acquis une grande force dans les milieux populaires et ont pu jouer un rôle politique comme la confrérie des sanusiyya en A.F.N. Elles en sont venues parfois à des pratiques étranges pour obtenir l'extase. Leurs chefs, qui sont censés détenir la baraka et en dispensent les bénéfices, ont pu exploiter la piété populaire. L'Islam orthodoxe les a souvent aprement combattues.

Le mouvement moderniste (wahhabistes) qui veut une épuration et une rénovation de la religion par un retour à l'islam primitif leur est hostile.

2) L'Islam au C.A.R.A.

Que reste-t-il dans le C.A.R.A. de tout ce rythme de vie musulman ?

L'absence de ministre du culte interdit toute possibilité de formation religieuse pour les générations se trouvant dans un pays où il n'y a pas d'école coranique, comme c'est le cas en France.

Wahhabistes. — Fondée au XVIIIe siècle par Mohammad ibn abd al Wahhah et dont les adeptes s'appellent eux-mêmes les unitaires. Condamne les innovations de l'Islam en particulier le culte des saints, les visites aux tombeaux, interdit le fait de se raser la barbe, de fumer, la musique, l'usage du chapelet, les ornements et les minarets dans les mosquées.

Leur apostolat les poussa à des conquêtes et gagna du terrain avec les expéditions de Muhomad ibn Seoud et de ses successeurs : les wahhabistes conquirent l'Arabie (La Mecque 1803) et lancèrent des incursions hors d'Arabie. En recul en 1812, battus en 1819 par les Ottomans, ils se reconstituèrent à Ryad et après une éclipse, la famille d'Ibn Seoud reprit le pouvoir en 1902 et appliqua strictement les idées puritaines du fondateur. Le wahhabisme a débordé plutôt vers l'Inde, le Turkestan et en Afghanistan.

Quant aux parents, ils appliquent certaines obligations culturelles :

1) La profession de foi ou chahàda est dite par les plus vieux, les jeunes n'étant pas formés, mais l'Islam reste très présent au moment de la mort.

2) Le Salàt est encore fait par quelques hommes, huit sujets âgés qui se cachent souvent pour prier mais à l'extérieur du camp. Par contre, les ablutions ne sont plus pratiquées.

3) Le zakat n'est pas payé, car ils sont misérables.

4) Le Ramadan est pratiqué par la grande majorité et la famille vient souvent rechercher les sujets hospitalisés pour les garder auprès d'elle durant le mois de jeûne.

5) Le pélerinage à la Mecque n'est pas « autorisé » car il est très onéreux et les familles susceptibles de pouvoir le faire seraient dès lors expulsées du Centre d'Accueil.

Les fêtes religieuses :

- **L'Aïd el Kebir** est la grande fête religieuse. C'est la fête du mouton qui perpétue le geste d'Abraham (sacrifice de son fils interrompu par l'ange Gabriel descendu du ciel).

La date est variable (pour notre calendrier). C'est pendant la deuxième semaine du pélerinage de la Mecque. Traditionnellement, tout chef de famille égorge le matin, à la même heure un mouton.

Les premières années, il n'y avait au C.A.R.A. de Bias que 5 à 6 moutons sacrifiés. Actuellement, une famille sur deux fête l'Aïd el kebir au camp de Bias.

- **L'aïd es sghir** : n'est pas fêté aussi somptueusement. Il est vrai que comme son nom l'indique, il ne s'agit que d'une petite fête.

- **L'achoura** : (le 10 moharrem) est le Noël des enfants. Les habitants du C.A.R.A. ne le fêtent pas et il est remplacé par le Noël chrétien.

- **Le mouloud** : commémorant le jour de la naissance du prophète n'est pas fêté.

- **Le 1er Moharrem** : jour de l'an musulman n'est pas fêté non plus.

La famille patriarcale : dont on reparlera plus tard, a conservé ses thèmes essentiels. Mais il y a des tiraillements de la part des jeunes, tiraillements existant déjà en A.F.N. mais que l'on retrouve ici avec plus de vivacité et vécus sur un mode plus désespéré car le patriarche de Bias ne peut se rattacher à rien.

Dans les pays d'A.F.N. il peut en parler à l'autorité qui le soutiendra, à l'inverse d'ici.

La polygamie : tend à disparaître même dans les pays arabes car chaque épouse devant être sur un pied d'égalité cela revient très cher.

A Bias, il existe deux familles avec deux épouses. Ce problème ne se pose guère car ils n'ont pas d'argent, sont de nationalité française et tombent sous le coup de la loi.

L'interdiction du porc, de la viande de cheval est conservée.

L'interdiction de l'alcool est surtout une mesure d'hygiène dans ces pays très chauds. Cet interdit tombe de lui-même en pays tempéré. Mais en Algérie, les français avaient déjà appris à boire à ces harkis combien stimulés par l'ingestion d'alcool avant l'attaque.

« Boire » devint même un essai d'identification malheureux au français, une façon d'accéder à une para-identité française.

L'adaptation de ce rythme de vie dans une civilisation judéo-chrétienne se fait dans un premier temps par un abandon de toute pratique religieuse. Puis, on revient progressivement au rythme musulman, aux prières, aux fêtes religieuses. Toutefois le jeûne du Ramadan ne peut être maintenu car c'est une pratique très fatigante, entraînant un arrêt complet du travail et une perte de rendement économique pendant un mois.

Il est cependant un détail à noter. Tout musulman doit être enterré la tête tournée vers la Mecque. Le cimetière du village de Bias n'avait évidemment pas prévu la chose. Le maire accepta cependant de céder une partie du cimetière

aux arabes qui purent ainsi sacrifier à leur rituel. C'est l'un des rares endroits de France où cela se pratique, aussi, de nombreuses familles venues de tous les horizons du pays essaient de faire enterrer leur mort à Bias. Là encore, quelques vieillards de plus en plus rares sont capables de conserver le rituel classique et réciter les sourates des morts, accroupis auprès du tombeau.

c) **Le vécu du C.A.R.A. par la population Villeneuvoise et les différents aspects de l'environnement :**

N'étant pas ethnologue, il est assez difficile de faire une étude assez complète de la population de l'Agenais. Interne depuis quatre ans et vivant dans la population de façon assez intime, depuis la sectorisation, les portes de l'asile se sont quelque peu ouvertes, nous ne pouvons donner ici que nos propres observations.

Région essentiellement agricole, vallonnée par la double présence de la Garonne et du Lot, on n'y trouve en vérité que peu de villages réellement structurés au tour de la mairie et de l'école. Dans les départements voisins, Hautes-Pyrénées, Haute-Garonne et une partie du Gers existent de petits villages de 100 à 200 habitants, groupés, resserrés, formant commune. Dans le Lot-et-Garonne, au contraire, nous avons quelques gros bourgs servant de chef-lieu de canton et tout autour dans la campagne, des fermes isolées, souvent éloignées les unes des autres de plusieurs kilomètres. Chacune de ces fermes porte d'ailleurs un nom. De ce fait, il n'y a pas de vie communautaire, les gens se rencontrent au marché du bourg, les relations de voisinage sont plus qu'espacées.

Pays probablement longtemps deshérité, situé à égale distance de deux grandes régions, véritables pôles d'attraction Toulouse et Bordeaux, il semble qu'il y ait eu vers ces deux pôles et il y a fort longtemps un déplacement de population. La vallée de la Garonne en elle-même a toujours été une voie royale pour les divers conquérants soit lors du moyen âge, soit par la suite lors des guerres de religion

(l'Agenais, Penne d'Agenais furent le théâtre d'affreux combats lors de l'hérésie catarrhe) soit même plus près de nous par la trop fameuse division das Reich qui s'illustra à Oradour.

Cette route d'invasion fut-elle peuplée de cadavres et les habitants s'enfuirent-ils vers de grandes métropoles pour échapper aux envahisseurs ? On peut se le demander.

Il existe très peu de noms propres véritablement Lot-et-Garonnais. Il suffit pour s'en rendre compte d'éplucher les dossiers de l'ensemble de nos malades.

En fait, s'il a existé une ethnie Lot-et-Garonnaise, elle n'est plus ici. Par contre, les terres ont progressivement été occupées d'abord par les italiens. On assista, à plusieurs vagues d'immigration : 1919, immédiatement après la guerre, 1925 après l'avènement du Mussolinisme, 1932 ou 1933 (aggravation du Mussolinisme), puis vinrent les espagnols, réfugiés politiques après la guerre civile dans un premier temps.

A ces derniers, succédèrent d'autres espagnols (1950) fuyant la grande «famine andalouse». Les portugais suivirent.

En 1962 survint une nouvelle vague : les « pieds noirs » ou du moins tous les réfugiés d'Algérie, généralement pauvres, n'ayant pu s'installer en Corse, en Provence ou à Paris faute d'argent, ou faute d'avoir pu fuir à temps.

Dans ce flot de rapatriés d'origine française, il y avait les harkis, objet de cette thèse.

Mais, si italiens, espagnols, portugais, français rapatriés arrivèrent à se recaser tant bien que mal, certains achetant des terres ou s'adonnant au métayage ou trouvant un emploi quelconque, les harkis n'eurent droit eux qu'à une chose : le centre d'accueil de Bias que nous venons de décrire, et une carte d'identité française.

En fait, il s'agissait ni plus ni moins que de réfugiés étrangers tout comme leurs prédécesseurs italiens et autres, fuyant un régime politique qui les mettait en danger.

On pouvait donc penser que l'accueil dans cette terre

Lot-et-Garonnaise, terre de migrants et de migration leur serait aussi favorable qu'il avait été pour les autres.

En fait, il n'en a rien été. Nous ne voulons pas ici aborder le problème du racisme, pas plus que celui des responsabilités. On peut tout de même se demander pourquoi les camps du Barcares, d'Argeles-sur-Mer qui avaient accueilli les réfugiés politiques espagnols ont rapidement été fermés et pourquoi par contre le camp d'accueil de Sainte-Livrade fait pour les indochinois ouvert aussitôt après Dien Bien Phu est toujours ouvert (depuis 1954) et jusqu'à quand on continuera à parquer ces arabes de nationalité française à Bias. Il n'est certainement pas possible de les fermer du jour au lendemain mais il y a dix ans que cela dure...

Nous savons que le C.A.R.A. est entouré de grilles (cachées par des arbutes taillés) et il n'est point besoin d'insister sur les sentiments d'une population bien française (et qui n'est pas du tout française) vis-à-vis de tout ce qui est brun et a des cheveux un peu crépus. Rappelons quelques faits. Au départ, les « algériens » du C.A.R.A. étaient vus au dispensaire de Villeneuve-sur-Lot ainsi que tout le monde. Un beau jour, le dispensaire fut déserté par nos malades européens et ce pour la seule raison qu'il y avait trop d'arabes. Force nous fut d'ouvrir un dispensaire spécial au camp de Bias. Les « français » revinrent immédiatement alors au dispensaire de Villeneuve où ils admettent les vietnamiens de Sainte-Livrade. Comprenne qui pourra.

Les traumatismes de la guerre d'Algérie sont encore loin d'être effacés et un arabe même s'il a combattu 7 ans dans une harka n'est jamais qu'un arabe. Il ne sera jamais admis que comme tel même s'il se présente au dispensaire de Villeneuve bardé de décorations (médaille militaire, légion d'honneur, croix de guerre et autres !)

Cependant, il existe et ce à la décharge de la population villeneuvoise un autre problème qui s'actualise de plus en plus. Les jeunes gens du camp atteignant à l'heure actuelle leur adolescence commencent à « sortir », à aller au bal, à

danser. Ils sortent en bande et il n'est pas de samedi soir où ils ne créent des incidents. On ne peut pas accuser les jeunes filles, certaines ont souvent fait preuve de « bonne volonté ». Mais il est certain que l'arabe ne connaît pas les « règles du jeu », (courtoisie, amabilité, etc.). La femme n'est pour lui qu'objet sexuel, voire « porte sexe ». Elle l'est déjà en Algérie puisque voilée dès la puberté, on préserve sa virginité jusqu'à ce qu'elle soit accompagnée chez son mari pour être déflorée et ne ressortira par la suite que pour aller au bain maure (Ali Bouhmedi, Le village des Asphodèles) ou pour le cimetière (J.-J. Maupome « Sur quelques aspects de la psychiatrie marocaine »). Mais de plus, la femme européenne avec ses libertés, sa façon de vivre ses décolletés, ses jupes courtes, est vécue comme une fille facile et qui ne dit jamais non.

Il faut lire à ce sujet ce qu'en pense et ce qu'en a écrit Fadéla M'Rabet, dans son livre « Les Algériennes » où elle critique vertement le comportement sexuel de l'algérien après l'indépendance. (Notons en passant que cette jeune femme vient de se faire expulser d'Algérie pour en avoir sans doute trop dit).

Ce comportement sexuel pur, cette quête sexuelle sans prémice, ne laisse d'ailleurs pas d'étonner quand on a pu lire les merveilleux poèmes écrits lors de la grande période arabe, mode de pensée fin, délicat, d'où est issu l'amour courtois de la fin du moyen âge et de la Renaissance (Denis de Rougemont — L'amour et l'Occident) alors qu'à la même époque en Europe pullulait la gaillardise sexuée (Boccace, Marguerite de Navarre, Rabelais, etc.).

Toujours est-il que ces incidents créent bien des malaises et peuvent parfois être à l'origine de « bagarre ». Le problème serait évidemment moindre si les jeunes filles du C.A.R.A. pouvaient se mêler à ces fêtes, mais de cela, il ne saurait en être question.

En fait, toutes les ethnies vivant dans le Lot-et-Garonne se sont plus ou moins amalgamées parce qu'ethnies euro-

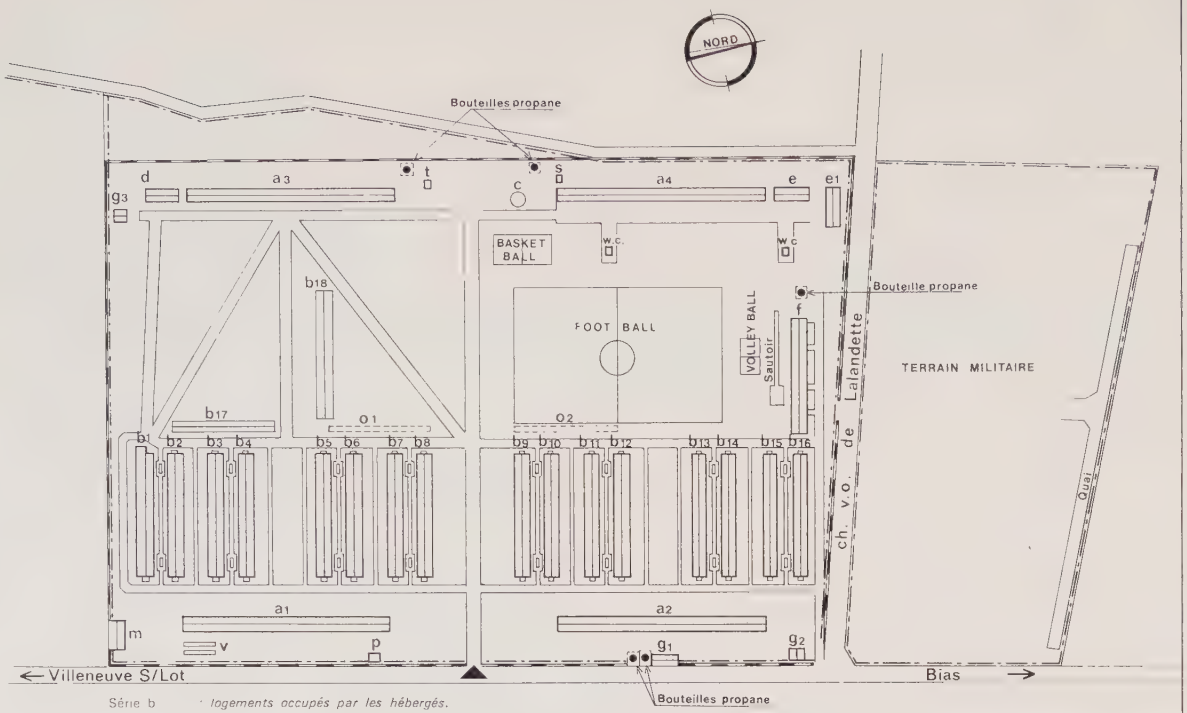
péennes donc blanches et cette ethnie blanche se refuse à admettre la dernière venue.

Le racisme antivietnamien n'existe pratiquement pas, ce sans doute parce que les jeunes vietnamiennes sont jolies et libres de mœurs et qu'il y a possibilité d'échange de « bons procédés ».

Dans cette terre de migrations dont on pouvait attendre une certaine souplesse, on a assisté à une tension diffuse et qui ne cessera d'augmenter. Ajoutons encore tout de même que peu habitués aux boissons alcoolisées, nos arabes font souvent des ivresses excito-motrices effrayant les bonnes gens du quartier ce qui ne contribue pas à simplifier le problème.

Au problème de rejet classique général de tout africain du Nord sont donc venus se greffer d'autres raisons (éthylisme aigu, violences, comportement anormal dans les bals). Pour être complet, ajoutons que les principaux artisans du rejet initial ne sont pas les français nés en Algérie mais les autres, ceux qui se disent Agenais et dont les parents ou grands parents sont nés à Naples, à Padoue, à Seville, à Albacete ou à Lisbonne.

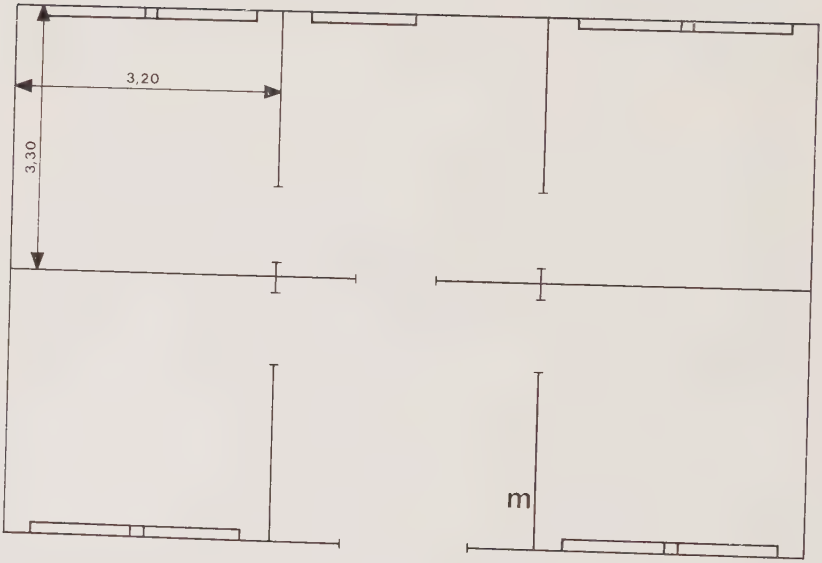
PLAN DU CAMP



Bât.	Affectation
a1	*Coopérative - Magasins*
a2	*Bureaux - Magasin - Logements (6)*
a3	*Infirmerie - Logements (7)*
a4	*Groupe scolaire*
b1	*Logements (7)*
b2	*(14)*
b3	*(14)*
b4	*(14)*
b5	*(14)*
b6	*(14)*
b7	*(14)*
b8	*(14)*
b9	*(14)*
b10	*(14)*
b11	*(14)*
b12	*(14)*
b13	*Chambres (24*
b14	*(14)*
b15	*(14)*
b16	*(14)*
c	*Château d'eau*
g1	*Garage*
g2	*Garage*
p	*Poste de police*
s	*Station de pompage*
t	*Poste de transformation*
d	*Douches (10 cabines + 2 salles de bains)*
f	*Foyer - Ateliers Ouvroir*
m	*Magasins*
o1	*Citerne d'eau enterrée (15 dm3)*
o2	*Citerne d'eau enterrée 15 dm3*
v	*Pont de graissage*
e	*Classes préfabriquées (2)*
e1	*Classes préfabriquées (2)*
g3	*Garage*

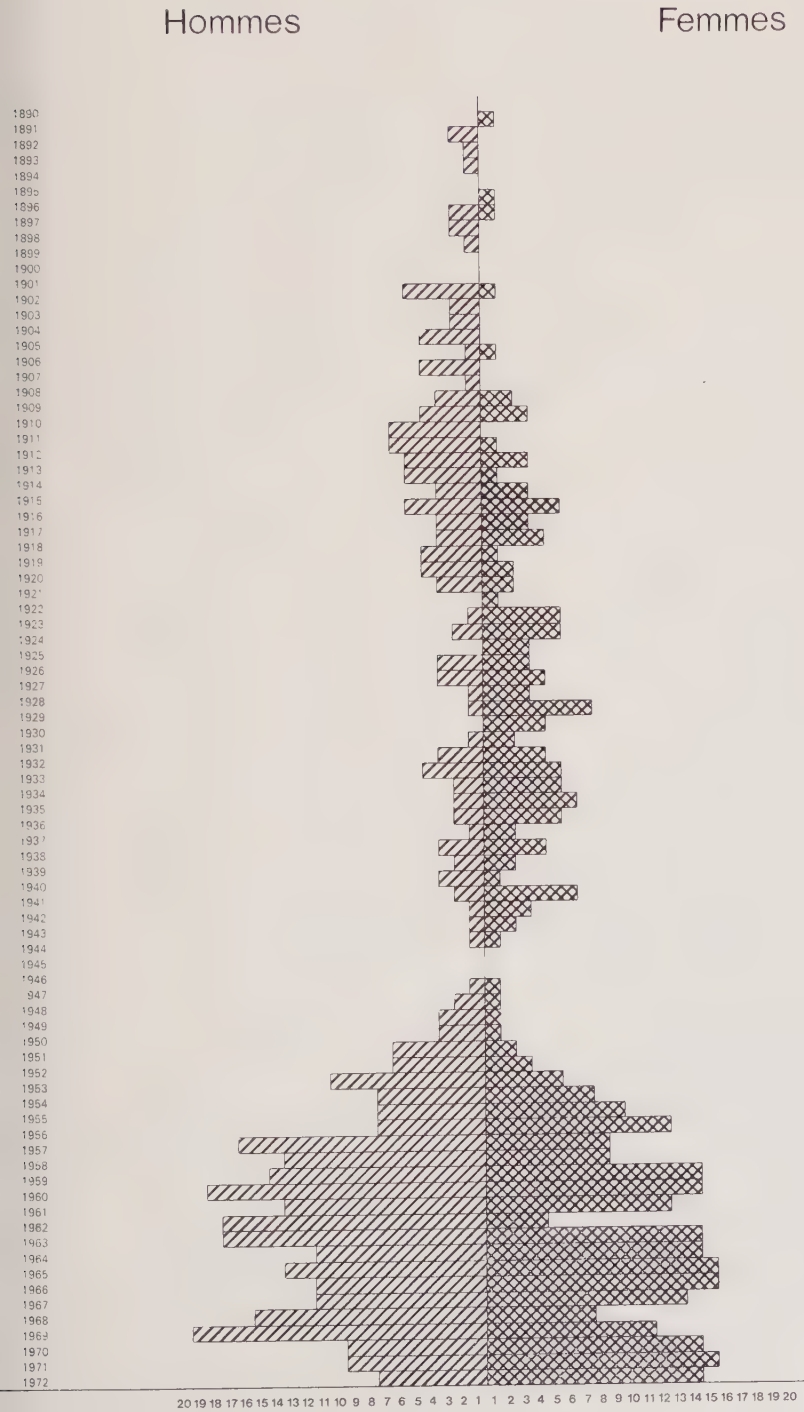
Série b : *logements occupés par les hébergés.*
a1 : *magasins, garage, atelier*
a2 : *bureaux administratifs, logements cadres*
a3 : *infirmerie, logements instituteurs et cadres.*
a4 e-e1 : *écoles, cours primaires et écoles maternelles*
f : *ouvroir, salle réunion, foyer de jeunes*
n0 : *bâtiment célibataires*

Limite du terrain militaire — — —



Plan d'un grand logement (6 pièces)

CENTRE D'ACCUEIL DE BIAS



LE PSYCHIATRE DE FORMATION EUROPENNE DANS LE C.A.R.A. ET SES PROBLEMES

Il est difficile pour un jeune médecin occidental de pénétrer aux profonds de l'âme, des coutumes, des us, du mode de pensée, d'appréhension du réel de l'âme musulmane et de ses détours.

Quand bien même organise-t-on des voyages, les gens qui y participent ne peuvent voir que ce que leurs yeux voient et on ne leur montre que ce que l'on veut bien leur montrer : artisanat dénaturé, ruelles, quelques lieux sans réel intérêt. Ils sont là pour se détendre, s'amuser, entendre au loin la clochette des porteurs d'eau, le brouhaha d'une foule mouvante pressante, le cri lointain du muezzin, l'odeur du Camoùn, celle de viande de mouton trop longtemps séchée à l'étal, celle si particulière du kif. Imaginons un instant ce groupe de touristes, en short, les jambes rougies de coups de soleil, ridicules, coiffés de chapeaux stupides, bardés d'appareil de photo : ils ne voient pas, ils mitraillent et suivent tels des moutons un vague guide qui les emmènera chez un marchand riche, oubliant non loin de là les richesses du Fondùk où se fait le troc avec le Sahara.

Ils repartent heureux, ivres de chaleur, connaissent trois mots d'arabe et ont l'impression de connaître le pays. Je l'avoue, je n'ai jamais participé à ces « safaris » car il s'agit bien de cela. On peut me répondre que je n'ai rien vu, rien entendu, rien senti et que les « balek », les petits ânes trottinants sous une lourde charge me manquent. Mais, connaît-on l'âme musulmane quand on a pris à Fes la porte de Bab Bou Djeloud, qu'on est remonté à la mosquée des anda-

lous à travers ce long dédale de routes étroites pour manger à midi avec les doigts la btsilla au palais de Fes el Bali ? Il y a entre regarder, voir et comprendre tout autre chose. Alors que faire pour essayer d'avancer dans la compréhension de l'arabe ? de l'arabe du peuple simple.

Depuis l'indépendance, quelques ouvrages sont parus en France puis au Maroc (jamais ailleurs que je sache). A travers ces ouvrages on peut déjà avoir une petite donnée arabe. Qu'ils soient poètes, essayistes, polémistes, ces ouvrages que je ne citerai pas tous, m'ont permis d'aborder le problème.

Ces jeunes écrivains choisis au hasard, ont certes la soif de parler, de dire tout ce qu'ils ont sur le cœur, dans leur tête. Je pense que cette catharsis littéraire peut être pour nous un outil de travail plus utile qu'une prose composée, étudiée, édulcorée, plus utile qu'un voyage au club méditerranée.

Pour commencer, il faut voir comment au cours de nombreuses réunions et études est apparue la sociologie musulmane chez un groupe d'Européens, médecins des hôpitaux psychiatriques, internes, coopérants militaires psychiatres en formation et ce au bout de quatre ans d'études et de réunions, quatre ans au cours desquels ils ont tenté de pénétrer les médinas, ses ruelles, ses méandres, quatre ans au cours desquels ils sont entrés en contact avec le malade dans son milieu (sur quelques aspects de la psychiatrie marocaine, A.M.P. Tome 2, 128e année, n° 1, p. 33 à 56).

« Il n'est naturellement pas dans notre intention ici de faire une étude sociologique approfondie mais de dire la manière dont nous avons vécu, jeunes coopérants, frais émoulus des concours, la société marocaine et telle qu'elle est ressortie de nos nombreuses discussions, de nos groupes de travail rendus nécessaires par le besoin que nous avions de confronter nos expériences et de combattre notre anxiété devant l'inconnu, telle qu'elle est ressortie de nos contacts multiples tant avec les familles, qu'avec nos étu-

diants et leurs alliés dans lesquels nous ne pouvions pas ne pas pénétrer... »

« Les médinas blanches, écrasées de soleil, dans lesquelles nulle voiture ne peut pénétrer, grouillantes de piétons, colorées, bruyantes, joie des chasseurs d'images, semblent à l'étranger bien impénétrables ; et les groupes déversés par les cars, à la fois avides d'exotisme et un peu effrayés, déambulent en grappes trop serrées pour n'être pas anxieux. On aperçoit les gens, on voit les choses, les yeux s'emplissent de couleurs et l'on repart. La joie du voyage ne vient qu'après, avec l'ébauche du souvenir et le Kodakrome ».

« Elles semblent insolites ces médinas, vivant en monde fermé quasi autistique. Et c'est pourtant là que tout commence. Le touriste le sait-il ? Derrière ces murs, percés parfois de minuscules fenêtres ou de portes cloutées, se trouvent les habitations, invisibles de la rue, les jardins, les patios. Qu'elle soit riche, pauvre, la maison est construite selon le même schéma. Telle la ville derrière ses murs, elle est « intériorisée » : d'ouvertures extérieures, il n'y en a point. Les pièces par contre sont largement ouvertes sur un patio, seule source de lumière. Les pièces n'ont pas comme chez nous d'attribution précise et servent selon l'heure, le moment, de chambre à coucher, de salon de réception, de salle à manger. Elles sont plus longues que larges, parcourues de banquettes ornées et sont essentiellement destinées à recevoir famille et amis dont l'assemblée épouse soigneusement la forme chacun tourné vers la porte et la cour intérieure. Même l'introduction de la T.V. n'a pas réussi à changer cette décoration immuable, ni l'axe de symétrie de l'ameublement. Maisons, villes fermées sur elles mêmes, invisibles, « refuges utérins » rassurants dans lequel le musulman revient se plonger avec un délice régressif et ce quelle que soit l'importance de sa fonction. La maison est une « entité vivante » d'une importance indiscutable et dont la civilisation européenne a même perdu la notion tellement l'architecture moderne a modifié notre vécu... »

L'auteur après s'être étendu sur la notion essentielle de **maison cellule mère** passe ensuite à l'autre cellule : la famille. Cette famille serait indissociable de la « cellule mère ».

Famille patriarcale classique, modifiée par l'Islam. Le Coran, nous l'avons vu est le livre religieux de l'Islam, c'est aussi un message contenant, outre des préceptes religieux, toute la législation musulmane.

Mohamed a réglé aussi avec minutie tout ce qui concernait le droit civil de son peuple. Et pourtant, l'on ne veut voir en lui que l'homme ayant rendu la polygamie licite ou ayant autorisé les châtiments corporels sur telle épouse prise en défaut. Outre que le Coran a été écrit à une époque et dans des régions ou de telles pratiques ne prêtaient pas à scandale, il semble qu'il faille être quelque peu partisan pour n'y voir que cela. Il n'en reste pas moins vrai cependant que mal connu par les musulmans eux-mêmes, le Coran n'aurait pas la portée qu'il devrait avoir.

« Il n'en reste à l'heure actuelle qu'une pratique assez ritualisée, que l'on peut trop souvent enfermer dans des images d'Epinal. Sans doute devrons-nous faire des exceptions, il y en a toujours, pour certaines familles, très profondément religieuses, cultivées, généralement originaires de Fes. »

Issue des temps bibliques de la vie nomade, telle qu'elle existe en quelques endroits encore, bien schématiquement, la famille dominée, régentée, par l'ancêtre Père, qui la guide et en est le centre. Père respecté, auquel le fils baise le dos de la main, devant lequel il ne se hasarderait pas à fumer, à parler haut, ou même à adresser la parole à sa propre épouse ou encore à s'amuser avec ses enfants. Il joue son rôle, maintient et maintiendra à tout prix cette image, quelles que soient ses propres capacités et possibilités affectives. Le Père disparu, l'aîné prendra sa place, automatiquement, car il ne s'agit que d'une image à conserver. « Le Roi est mort, vive le Roi ! »

Poursuivant son étude par celle du rôle des femmes, l'auteur lui accorde un rôle bien différent. C'est ce que nous avons d'ailleurs vu plus haut, faire au C.A.R.A. de Bias. C'est un personnage secondaire : ménagère, bonne à tout faire, objet de désir, de plaisir, génitrice, mère non éducatrice, n'ayant aucun pouvoir de décision tant qu'elle est en activité génitale. Sa situation changera dès la ménopause et elle entrera dans ce nouvel état de l'être-auquel-on-est-reconnaissant. Elle est celle qui a mis au monde, qui a nourri et ce simple changement de temps grammatical a une importance considérable. « Tant qu'elle était au présent, agissante, elle ne comptait que peu. Dès qu'on peut la mettre au passé, son mode de vie change aussi, de même que la façon dont elle est vécue par le milieu ». Elle en profitera pour se montrer plus tyrannique et souvent exécrable dans son domaine dès lors réservé (les brus par exemple), caricaturant agressivement le rôle du guide familial traditionnellement dévolué à l'homme. Elle fera et défera les mariages de ses fils, c'est son domaine et les enfants s'inclineront souvent (pour ne pas dire toujours) quels que soient leurs penchants.

Le fils, petit garçon d'abord élevé au sein par sa mère, dans le clan des femmes, nourri parfois pendant deux ans au lait maternel, porté, bercé au premier pleur, adulé en tant que porteur de sexe, puis déposé à terre dès la naissance suivante, se nourrissant dès lors et sans procédure de sevrage, tel un adulte, buvant du thé à la menthe, dévorant le couscous, a grandi, éduqué selon les principes classiques de l'impératif catégorique de l'Islam déformé, imposé sur le plan affectif et religieux : vieux proverbes, phrases coraniques mal assemblées, litanies, cadre familial rigide ne laissant que peu de place à l'individualisme.

« Image paternelle géante, angoissante, castratrice, assumée tant bien que mal par le rituel de l'éducation, par le cadre familial rassurant ; angoisse annulée par le « j'aime ce que je crains, je respecte ce qui m'est danger », régression prégénitale favorisée tant par les structures sociologiques qu'architecturales », telles lui paraissent être les notions psychologiques à ne pas ignorer pour comprendre l'homme

marocain. Il aborde par la suite le problème du sevrage-rejet tardif et de la circoncision encore plus tardive (entre 4 et 7 ans) et qui obligera le garçon à s'habiller « en fille » en attendant la cicatrisation prépuciale. »

« Devenu adulte, père à son tour, l'homme finira un jour par prendre son rôle de guide, de patriarche, de Père. Pour ce faire, il s'appuiera alors sur le rituel, la coutume, la « caïdat » comme sur de véritables béquilles. Mais si son fils sort des « rails » classiques, se rebelle, la réaction paternelle se fera dans le sens d'une certaine immaturité, et le plus souvent sur un mode agressif. Tel père se voulant résolument moderne (vêtu à l'européenne, passant ses vacances à Paris ou à Torremolinos, voyageant, roulant en « Mercedes », buvant du whisky) réunira alors la famille (le clan, bien méditerranéen) et « signal-symptôme classique » se vêtira de sa djellabah, mettra ses babouches, son tarbouch et viendra voir le psychiatre dans cette tenue, le chapelet de la Mecque sortant du tiroir comme arme dernière. S'il en arrive à considérer la réaction filiale comme pathologique, il fera « ce qu'il faut » : visites au psychiatre fréquentes et très ambivalentes : certes il viendra mais envahira l'entretien, n'écoutera rien hors de ses données immédiates, comprendra mal que l'on désire le faire sortir pour examiner le « coupable » seul et n'admettra jamais que puisse être abordée toute étiologie éducatrice ». Ils se heurteront donc à un mur d'incompréhension, venant tant d'eux mêmes que de lui, et qui rendra toute approche psychothératique très délicate. « La résistance est nette et trouve ses aliments dans les formules classiques de différence de nationalité, de religion, voire de race (encore que cela ne soit pas souvent formulé nettement). » Mais il note plus loin que le plus souvent il n'y aura pas rejet du malade, « on ne rejette jamais un membre d'une famille patriarcale, on le maudit, ce qui n'est pas la même chose, mais on est toujours prêt à le recevoir » (parabole du fils prodigue, cérémonie de l'aman).

La petite fille, elle, aurait un statut différent. Vivant elle aussi sous la tutelle paternelle, ses relations ultérieures avec lui ne seront jamais celles qu'ils décrivent pour le

garçon. Mais ici aussi, les problèmes d'identification seront rendus extrêmement difficiles, entre une mère écrasée, et qui jeune encore sait, elle même qu'elle n'est rien, le vit, le dit, l'accepte et le père, géant inaccessible, distant, dont l'on ne peut obtenir que bénédiction frontale biblique ou châtiment, le choix objectal est délicat. Ils aborderont là encore les notions œdipiennes : peut-être est-ce ainsi qu'ils convient d'expliquer le nombre important d'hystériques qu'ils eurent à traiter.

Fille et garçon n'évoluent donc pas de la même manière. « le garçon castré au sens psychopathologique pur, ayant vécu une castration ou pseudo-castration anatomique, régressera sans doute, mais arrivera à ritualiser grâce à des données sociales qui lui sont éminemment favorables, compensera ses problèmes de castration par une agressivité sadico-anale pouvant prendre toutes ses formes et formations réactionnelles: agressivité, exhibitionnisme verbal, culte phallique intensif, mais l'angoisse névrotique reste constamment flottante car certainement peu résolvable dans le rituel, la « caïda » et est souvent somatisée.

« La fille, dès la puberté, essaiera d'utiliser au mieux les possibilités d'expression plastique et somatique de son angoisse. Il n'y a là rien d'original, mais l'on peut aussi dire que chaque fois que l'angoisse ne pourra être camouflée, l'un et l'autre retourneront chez eux, dans leur famille, « faire retraite », se replonger dans le milieu familial, dans ces maisons fermées à tout, qu'il décrit par ailleurs.

Esquissant le problème du mariage, il en rappelle en bref, les circonstances. Cela n'est pas inutile car elles sont, elles aussi, marquées profondément du sceau de la tradition. Dans les grandes agglomérations, une évolution serait en train de se produire en ce sens que dans la classe moyenne, celle des fonctionnaires par exemple, les époux se choisissent parfois eux mêmes et demandent ensuite l'agrément de leur famille (tout en ne passant jamais outre).

Mais, dans la plupart des cas, les mariages sont faits

par les parents et sont souvent consanguins. Bien souvent, la jeune fille à peine nubile, n'a jamais vu son mari, ignorant tout des multiples transactions entourant ses fiançailles (en particulier celles concernant le montant de la dot donnée par le mari au père et qui ne représente en rien un achat de la femme comme on se plaît à le dire, mais bien un moyen de la protéger contre le divorce, car il est entendu qu'elle conservera la somme qui ne doit jamais être mise en communauté, et ce quoi qu'il arrive).

Elle n'ignore rien cependant de la sexualité ou de l'anatomie de l'homme, largement instruite depuis son enfance par les bavardages des clans de femmes qui s'extériorisent lors des fêtes familiales, mais aussi par l'exhibitionnisme constant de ses petits camarades. La cérémonie par elle même dure plusieurs jours et coûte une véritable fortune. Le soir venu, les époux se retirent dans une chambre voisine, la foule des invités (réduite rarement aux seuls intimes) attend le résultat de l'opération qui doit être rapide et démonstrative. Au milieu des « youyou », des chants, danses et cris de joie, le mari dans les minutes qui suivent montre enfin le linge souillé de sang, témoin de la virginité de l'épouse et de l'honneur de la famille.

« Il n'est pas besoin d'être psychiatre ou sexologue pour entrevoir le traumatisme que peut représenter un tel viol pour la jeune femme, et nous risquerions d'être suspects, si nous citions les centaines d'observations psychiatriques que nous pourrions offrir à la curiosité du lecteur. Ici aussi, l'acte est ritualisé, précédé d'une courte invocation religieuse (il en sera tous les soirs de même, le mari en appelant à Dieu dans la formule « bismillah ») et effectué toujours dans l'obscurité. Notons qu'il n'y a pas d'exception à la règle, tout mariage se déroule de cette manière quel que soit le niveau socio-culturel. »

Aux problèmes déjà évoqués s'ajouteront pour le couple, les problèmes sexuels que l'homme refusera toujours d'évoquer devant un psychiatre, sauf dans les cas de vaginisme rendant toute intromission impossible. Généralement,

la quantité remplace la qualité, la femme n'ayant aucun droit particulier à l'orgasme. L'orgasme féminin est souvent considéré comme honteux et pathologique. S'ajoute encore le problème du divorce, fréquent, facile à obtenir et que seul l'homme peut, en fait, demander. Il lui suffit d'aller trouver le cadi (sorte de notaire religieux) et de le prévenir qu'il répudie sa femme. C'est généralement lui qui, s'il le veut, garde les enfants. Il sera pratiquemment impossible à la femme de demander, elle, ce divorce et la procédure en est tellement compliquée que généralement elle ne se risque pas à l'engager. Le nombre de divorces est très important et la loi islamique aisément tournée. Sans doute était-ce pour cela que le prophète avait autorisé quatre épouses mais à l'heure actuelle, les époux marocains n'ont pas les moyens d'entretenir plusieurs ménages.

« Que peut-il rester à la femme pour s'exprimer, pour vivre son monde, pour être un individu, pour trouver sa place dans la société ? Un important personnage, très connu, nous a un jour dit, alors qu'il était venu nous voir à la suite d'une tentative de suicide de sa fille : « Monsieur, une fille sort trois fois dans sa vie, une fois du ventre de sa mère, une autre pour aller chez son mari, la troisième pour se faire enterrer... » L'entretien a évidemment tourné assez rapidement court. Il ne s'agissait pas là d'une boutade, mais bien du refuge dans le traditionnel, systématique devant tout problème, refuge déjà évoqué ». Mariée tôt, violée, souvent enfermée, ne pouvant avoir aucune initiative, voilée, ne gérant jamais le budget ménager (c'est l'homme qui fait le marché, et achète lui-même les vêtements et sous-vêtements de ses filles !) constamment enceinte (malgré les efforts des gouvernements pour le planning familial) ou allaitant, inculte, elle vit entourée d'une masse grouillante d'enfants, ne trouvant à sourire que lors des fêtes où elle se retrouve seule avec ses amies et voisines, et où elle pourra à son aise comparer les mérites de son foyer à ceux des autres, discuter, danser, psalmodier. Déconsidérée, oubliée, frustrée, il lui reste les manifestations explosives où elle pourra et rappeler son existence et l'imposer. Nous retrouverons alors toute la symptômatologie que l'on a qualifiée de méditerra-

neenne, si colorée, si vive et qui permet de nombreux succès therapeutiques. Le problème de l'expression somatique merite que l'on s'y attarde un peu. La maladie dans un milieu europeen est considérée comme un fléau social, il convient de s'en debarrasser au plus vite, le rôle du médecin est de guérir le malade.

Il conclue alors son étude par une réflexion sur leur propre rôle dans des conditions si particulières. « Le médecin a aussi un rôle mais n'a que celui de personnage, et son intervention n'est pas attendue comme radicale ou curatrice. Il n'est qu'un acteur du drame et sert à le justifier. La maladie a un statut spécial, très particulier. Le malade est installé dans la pièce principale de la maison et a droit à tous les honneurs. On vient le voir de partout, amis, parents, voisins, camarades du quartier, cousinage des bleds eloignés. Les visiteurs sont assis autour du lit, voire dans la cour tellement leur nombre est parfois imposant parlent, bavardent parfois de toute autre chose. Le ou la malade, yeux clos, reçoit sans mot dire, sans desciller, l'« hommage » de ses visiteurs. L'on comprend alors les causes, entre autres, de la majoration de la symptômatologie et le trouble du jeune medecin devant cette mise en scène. Comme nous le disions plus haut, on ne demande pas du médecin la guérison, mais une **complicité**. On ne cache pas la maladie, on la montre. Elle sera donc un des seuls, sinon le seul moyen pour la femme de s'exprimer, et c'est ainsi qu'elles encombreront les consultations de gastro-entérologie, de médecine generale, de radiologie, où elles sont emmenées, gémissantes, par toute une tribu familiale enfin éplorée et intéressée. Les cas organiques, mis à part, elles seront abandonnées au psychiatre, seul suffisamment tolérant pour l'écouter enfin, et même l'hospitaliser, si les tensions mises à jour se revèlent importantes. Cependant, l'hospitalisation ne sera qu'un pas de plus dans l'engrenage fatal... »

Le problème majeur ne serait-il pas alors dans le refus de repondre à cette demande qui est d'attribuer au médecin le rôle de témoin ou de complice de la malade. Il vient en effet, non pour guérir mais pour se faire entendre, non

comme malade pouvant guérir si on le soigne mais comme malade ayant besoin du médecin pour prouver qu'il est malade.

« Refuser ce jeu sera l'attitude essentielle mais très délicate et difficile ». Il rappelle combien il est difficile de refuser l'hospitalisation que « si elle est acceptée soit par inconséquence, soit par ignorance (au début), soit par lassitude devant les pressions familiales, notre défaite est consommée en tant que médecin. Reste à essayer de ne pas être trop mauvais en tant que fquah ! (sorcier).

Mais là encore la vision n'est-elle pas un peu panoramique, ou mieux photographique, de personnes venues de l'extérieur, qui ont pu dans des conditions privilégiées voir ce qui se passait à l'intérieur d'une société dont ils ignoraient tout. Sans doute aussi n'ont-ils pu le juger qu'en fonction de leur propre personnalité et leur jugement n'est que personnel et forcément porté à partir de références occidentales.

Comment dès lors résoudre le problème ? Comment pénétrer la famille, l'éducation, le mode de vie arabe ? Les jeunes écrivains dont nous avons parlé tout à l'heure auxquels il était enfin permis d'écrire ce qu'ils voulaient ou pensaient, nous guiderons dans notre étude. Nous ne nous attarderons pas sur les publications scientifiques intéressantes au demeurant mais faites suivant une logique toute cartésienne ou dominant dans la statistique. Elles ne nous feront pas avancer.

Par contre, lisons ou attardons-nous sur les « romans » dont la plupart sont des autobiographies souvent passionnées. Et nous entrons dans un monde inconnu, chatoyant, coloré, nous entrons enfin dans un mode de vivre, de penser et même d'écrire si différent du nôtre.

Milieu rural, vie citadine, espoirs étudiants, révoltes farouches, sexualité grondante et bouillonnante, érotisme non sophistiqué, problèmes des fils, des filles, autorité paternelle, sursauts maternels, vie sociale méditerranéenne, nous entre-

voyons enfin tout ce qu'avaient pu laisser pressentir les travaux du groupe de Rabat.

Lisons le « village des asphodèles » d'Ali Bouhmedi et nous découvrirons décrits avec une minutie de peintre naïf toute la vie quotidienne d'un village à travers celle d'un petit garçon. Fils d'un père, cadet d'une famille patriarcale dominée par l'oncle, il vit à la fois l'humiliation du père qui n'est rien, dépendant de son propre frère et de sa mère sur laquelle le père se venge, citadine habituée à d'autres égards, elle reste cloîtrée, préparant les repas d'un maître muet ou absent et qui lui fait enfant sur enfant. Le plus souvent des filles, hélas, ce qui ne fait qu'ajouter au pénible de la situation maternelle. Nous irons aussi avec ce petit garçon à l'école coranique où un fquah brutal tentera de lui apprendre les rudiments d'un Coran écrit et psalmodié en arabe classique qu'il ne comprend pas. Nous le suivrons dans ses fugues, dans ses jeux, nous partagerons sa faim, sa soif et les corrections qu'il reçoit. Puis, brusquement, nous le verrons partir en ville, pris en charge par son grand père : par le père de sa mère, autre patriarche citadin, riche qui lui accordera une affection démonstrative avant de le renvoyer dans les communs, continuant à « trôner » au milieu de ses amis, et des notables venant palabrer des heures durant au tour d'un thé brûlant.

Que l'on ne s'y trompe pas derrière ce court aperçu, il y a tout autre chose qu'un banal roman intimiste. Cela ressemblerait davantage à un long article d'un journaliste pour une fois documenté.

Dans la « Civilisation, ma mère », DRISS CHRAIBI emploie un tout autre style.

Certes, ici aussi le père est un commerçant riche menant grand train, mais assez souvent absent. Toute l'affection du petit DRISS s'est portée sur cette mère qu'il a vue vivre. Elle est d'abord la marocaine vraie avec sa pensée magique, son inculture. Elle est à l'art des enfants, du couscous, tisse, prépare les repas et puis le fils la décrit s'éveillant avec émerveillement à cette civilisation qui lui vient de l'étranger

Il faut lire ces chapitres sur l'apparition du téléphone dans la vie de la mère, sur celle de la radio, sur celle des premières robes, des premières sorties au cinéma au cours desquelles le fils complice l'accompagne.

Cri d'amour, léger, féerique, poétique, envoutant, qui se lit d'une traite, la « civilisation, ma mère » ne peut pas avoir été écrite par un européen, sans doute faut-il avoir vécu dans ce lacis impénétrable des affections et des pulsions instinctivo-affectives du monde arabe et puis de quelles circonlocutions, de quelle pudeur n'aurions nous pas entouré tout cela ?

Ardente, pamphlétaire, courageuse, véritable passionaria Fadéla M' RABET dans ses deux ouvrages parus chez MASPERO : « la femme algérienne » et « les algériennes » se penchera sur le sort de ses consœurs. Elle nous conte sa lutte pour l'émancipation féminine dans son pays. Pauvre M.L.F et pauvre Delphine SEYRIG, que votre action est ridicule terre à terre, hystéroïde, sans objet et que n'avez-vous lu Fadéla M' RABET. Dans ces ouvrages, où elle résume sa lutte, ses émissions radiophoniques à Radio-Alger (vite mises en veilleuse), elle nous décrit la condition de la femme algérienne qui n'est même plus un « objet sexuel ». Durant de longues pages, elle parle du mariage, des tractations, du viol nuptial, de la relation érotisée frère, sœur. Tout ce qui avait été confusément senti par les psychiatres européens est là écrit en plein jour, véritable cri de rage, de panique d'appel au secours. Ouvrages essentiels pour pouvoir aborder sur un plan psychiatrique toute malade d'ethnie algérienne et vivant dans son milieu ce qui est bien entendu le cas de nos malades de BIAS.

« Pour comprende la situation de la femme (et ses réactions), il faut partir de l'homme : qu'elle se soumette ou se révolte, qu'elle accepte ou non sa condition, l'algérienne évolue dans un monde qui est fait par l'homme et pour l'homme et à son seul avantage. »

« Les femmes se répartissent donc, pour les hommes, en trois groupes : ce sont des femelles, des épouses (possibles ou réelles), des parentes. »

« Choix de l'épouse par les parents, paiement d'une forte somme : ces pratiques confirment au jeune homme déjà convaincu par l'éducation qu'il a reçue, la conduite des aînés autour de lui, que la femme n'est rien de plus qu'une chose. »

« Chez nous où la mixité n'existe pas, la seule fille que le garçon fréquente est justement sa sœur, c'est donc sur elle qu'il exerce son pouvoir de petit homme; faute d'acteurs, d'actrices, il tient pour elle tous les rôles : il est son frère, son camarade, son protecteur, son « mari », son « amant ».

Mais : « le jeune algérien a ses propres conflits. Formé à l'occidentale, marqué par l'instruction qu'il a reçue dans les écoles françaises, il se trouve de moins en moins à l'aise dans les structures traditionnelles et s'il les respecte, c'est assez souvent sans trop y croire ».

« Le frère n'est donc pas le simple instrument de transmission des valeurs ancestrales ; en les transmettant, déjà, il les déforme (il accompagne sa sœur dans ses promenades — mais justement, elle est dehors ; il la commande — mais il l'autorise, loin des regards familiaux à oter son voile). »

C'est pourquoi la conduite du frère est à la fois libératrice et paralysante.

« Mais l'élite des frères a rejoint dans un même conservatisme, les plus rétrogrades : comme les maris, les amants, les « dragueurs », ils constituent des freins à la libération de la femme. »

Il y en a un dernier, beaucoup plus puissant : l'autoritarisme du père. Si quelques pères accordent à leur fille la faveur de s'instruire, si beaucoup d'autres lui interdisent les études secondaires, ou les brisent brutalement, la plupart s'entendent pour lui refuser toute participation à des mouvements de jeunesse. « Se marier contre son gré ; épouser un européen ; devenir vieille fille : c'est encore le sort de la plupart des algériennes. Mais quelques-unes s'acheminent, lentement, vers une liberté qui sera peut-être authentique, si elles parviennent à force de courage, de ténacité, à surmonter les obstacles, à se faire. »

« La libération de la femme est inséparable, en effet, de l'évolution de l'homme ; car, contrairement à ce que l'on répète à satiété, ce sont bien moins les femmes, que les hommes, qui ne sont pas évolués. »

L'auteur continuera d'exprimer cette difficulté d'émancipation dans son deuxième ouvrage : « les algériennes ».

Elle écrira : « Le tableau est plus sombre que je ne l'ai brossé il y a trois ans et ce sont ces « ombres » que je voudrais évoquer ici ».

« Pour nous refaire une « personnalité algérienne », il faut nous défaire de tout l'apport étranger. »

« Il n'est pas possible, en effet, de promouvoir la libération de la femme et de conserver, en même temps, ses autres privilèges. Car tout se tient, et l'émancipation féminine, n'est pas un problème à part elle s'insère dans une politique d'ensemble. Car ce problème se pose d'abord en termes économiques et si on l'aborde sérieusement, c'est la totalité des structures sociales qu'on doit progressivement changer. »

Dans « La Répudiation », de BOUDJEDRA R. récemment paru, on retrouvera dans une langue très politisée et très érotisée, tous les différents problèmes vécus par un jeune garçon dont la mère a été répudiée par le père mais qui continue cependant à vivre sous le toit familial.

Au jour le jour, pas à pas, on s'enfoncera dans l'intimité de cette famille aux branches multiples, aux oncles dénonciateurs et jaloux, aux femmes réduites à rien mais tentant de déplacer leurs problèmes dans des querelles intimes et infinies, mais aussi dans une pseudo sexualité mal vécue, peu satisfaisante. On vivra avec l'auteur ces longues siestes au cours desquelles le silence se fait dans la maison. Chaque ménage rentre dans sa chambre sous l'œil des enfants qui n'ignorent rien, essayant à leur tour d'imiter leurs parents en caressant de vagues cousines de passage. De la description de ce désir, de cette libido communautaire l'on passera à la violence, à la vengeance, la seule solution bien entendu

est de tuer le père et comment mieux le tuer qu'en faisant de l'intruse sa maîtresse. Mais outre cette analyse farouche, violente de la sexualité d'une famille où tout est vu, senti, érotisé, jusque dans le moindre acte ménager, il y a dans cet ouvrage quelque chose d'inconnu, de trouble qui peut nous faire aller plus avant dans l'étude de la sexualité arabe. Rien en tout cas depuis BAUDELAIRE sans doute n'avait mieux rendu ce que peut être une vie sexuelle et rien dans tout cela n'est pornographique et là n'est pas notre moindre étonnement.

Si tous ces récits, romans plus ou moins autobiographiques, nous font pénétrer dans la vie, dans la famille, dans l'intimité, ils sont cependant écrits dans une langue que nous connaissons bien, dans un style qui est le nôtre et selon des procédés narratifs du roman français. Certains diront même qu'il peut s'agir de séquelles d'un quelconque colonialisme, d'autres d'un exhibitionnisme parfois morbide. Pour aller plus profond dans l'âme arabe sans doute faut-il s'adresser à des auteurs, de culture occidentale certes mais qui ont essayé d'arabiser leur style, leurs images, leurs impressions. Nul doute que l'un des premiers écrivains algériens reste KATEB Yacine et en cela nous pensons particulièrement à NEDJMA.

Le récit de KATEB Yacine est beaucoup plus qu'un document ; qui dit : photographie, dit : objectif, et ici l'auteur n'est pas objectif. La matière romanesque n'est pas objet.

NEDJMA est le produit d'une co-naissance. L'auteur ne pense pas que la littérature algérienne puisse impunément se résigner à n'être qu'un département de la littérature française, même quand elle emprunte à cette dernière son langage et les leçons de son histoire. Conçu et écrit en français, NEDJMA reste une œuvre profondément arabe et sur laquelle on ne peut porter un jugement valable si on le sépare de la tradition à laquelle, jusque dans ses remaniements, elle ne cesse pas d'appartenir.

Les procédés narratifs utilisés par KATEB Yacine sont parfois déconcertants pour nous. Le rythme et la construc-

tion du récit, s'ils doivent quelque chose à certaines expériences romanesques occidentales, résultent surtout d'une attitude purement arabe de **l'homme face au temps.**

En effet, la pensée européenne se meut dans une durée linéaire ; la pensée arabe évolue dans une durée circulaire où chaque détour est un retour confondant l'avenir et le passé dans l'éternité de l'instant. Cette confusion des temps, que certains observateurs hâtifs du roman pourraient imputer au goût de l'équivoque et où il faut voir d'abord le signe d'un génie de la synthèse correspond à un trait si constant du caractère, à une orientation si naturelle de la pensée, que la grammaire arabe elle-même en serait marquée. Il est donc impossible de suivre un déroulement de son histoire, on suivra son enroulement. Le passage d'un plan de conscience à un autre s'opère par une espèce de glissement de l'esprit au long de spirales continues. Quelques repères sont fournis au lecteur suffisant juste à lui éviter de céder au vertige. Une vague numérotation des chapitres jalonne le trajet de chacun de ces glissements marquant le point ou chaque « spirale » s'efface devant la suivante. Ceci permettra de se soumettre au rythme que le romancier impose à sa création.

Un résumé ou une évocation de ce qui se dit de l'histoire du roman ne servirait à rien et trahirait l'auteur et ses buts. Il s'agit d'une vague piste tracée dans le Sahara, mais rassurons-nous cette piste ne se perdra pas dans les sables et à chacun de nos pas hésitants nous approcherons un peu plus du cœur d'un monde qui mérite la découverte.

C'est ainsi qu'André ROUSSEAUX avait pu écrire dans le « Figaro » littéraire : « Je ne connais guère d'ouvrage où le langage d'un écrivain serve à rompre plus hardiment avec nos rythmes habituels ». « Dans le pays circule une brise unique venue de la forêt, du désert, de la mer, un souffle de patrie perdue »...

« Et c'est à moi, Rachid, nomade en résidence forcée, d'entrevoir l'irrésistible forme de la vierge aux abois, mon sang et mon pays... car ce pays n'est pas encore venu au monde. »

Telle est la fuyante NEDJMA, personnage à la fois central et toujours évanescent, l'inaccessible NEDJMA, « l'ogresse au sang obscur », la femme fatale, « NEDJMA dont les hommes devaient se disputer la paternité comme si sa mère française l'avait condamnée à ce destin de fleur irrespirable, menacée jusqu'à la profondeur et à la fragilité de ses racines ».

NEDJMA est cependant un roman antérieur à tous ceux dont nous avons parlé plus haut et si nous l'avons placé ici, c'est pour nous permettre d'aller plus loin. Il semble que petit à petit, l'auteur maghrebin veuille cesser d'imiter les auteurs occidentaux et à la suite de KATEB Yacine pour lequel il dit avoir une admiration certaine, ABDELKEBIR KHATIBI, un jeune auteur marocain publia en 1971 « La mémoire tatouée » dont le sous-titre est très évocateur puisqu'il s'intitule « autobiographie d'un décolonisé » et il ne s'agit pas seulement de décolonisation politique mais aussi intellectuelle, culturelle. Il va même jusqu'à décoloniser sa langue. Au départ, il s'agit en fait d'un roman autobiographique nous initiant à la vie d'un jeune marocain aisé : l'enfant, l'école, le lycée, les voyages, le retour au pays. Rien, jusque là de très surprenant dans un tel itinéraire. Ce qui sera remarquable et vraiment tout à fait neuf, c'est outre l'intensité de l'univers poétique, le décentrement comme dans KATEB Yacine de la narration traditionnelle, mais surtout la hardiesse du traitement que l'auteur fait subir à la langue française.

L'identité et la différence des cultures sont dévoilées dans la violence même de l'écriture.

« Adieu rive gauche et Paris de mon adolescence ! La différence est une femme et la différence sauvage une séduction larvée. Belle illusion est le retour au pays ! On ne revient jamais chez soi, on retombe dans le cercle de son ombre. Qui m'attendait pourtant ?

Ma mère aux grands yeux et le vouloir de tout transformer. J'avais quelque savoir, une poussière de psychanalyse, une sociologie à la voix rauque et des souvenirs poé-

tiques enfumés. Ma femme connaissait mon pays à travers les images dédoublées de mon corps. Allait commencer notre itinéraire suspendu dans ce double regard : où finissait notre identité, où se propageait la racine de notre tendresse ? Qu'avais-je retenu de ce long séjour de six ans en Europe ? Question oiseuse si l'on en retient le vol. Je parle de mon passé comme s'il s'agissait chaque fois d'un temps à expulser. Soit : je donne la parole à un autre double ?... »

« Va à l'Est, apparais de l'autre côté, tu verras.

Douanier souterrain me pointe sur place, rien à dire, une glissade dans l'autre ville, magasins et un café comme ailleurs, rien ne me revient, pas de guerre ni de grimace. Exilé dans ma propre idéologie pour un après-midi, je me fatigue. Adieu, mur de Berlin décroche-toi et tombe !

Voyages ou danse ? Mon errance chez tous ces peuples dont je reprendrai un jour les interférences, face à face, interminable fascination dont je dénonce les signes, et quelle fable racontera mon mouvement ? Furtif échange, une fantaisie, une équation de visions qui me font flotter, à la croisée des différences vers ma propre divination. Rappelle-toi ces enfants cubains possédant les quartiers comme des jouets, échiquier de rythmes et de couleurs et qu'éclate dans leur malice cristalline, bien plus loin que mon souffle, le devenir de la très grande violence !

Ouwah ! ouwah ! Paris, la lancinante folle et j'avais l'âme fragile ! Je n'avais pas suivi l'immémorial conseil : quand tu entres dans une ville sans pouvoir parler à quelqu'un, dis cent fois ô Ouvreur, dis cent fois ô sauveur, dis cent fois ô miséricordieux des miséricordieux, toutes les créatures viendront alors à toi, par ordre divin. Ouwah ! ouwah !

Au bout de la parabole, il y avait le même terrain vague de la culture, j'avais les yeux ouverts au cœur de la FRANCE idolâtre et je disais : Occident, tu m'as écharpé, tu m'as arraché le noyau de ma pensée. Occident, j'allongerai ton

corps d'albâtre, vrai de vrai, rien, néant de rien, rien. Je t'allongerai sur un tronc d'arbre, par l'ondulation de ma main droite, retenue à la déchirure de ta robe.

Ouwah ! ouwah ! Passera le vent, vrai de vrai, sur ta hanche au mouvement traitre, rafale ! car ma main droite saisie par l'harmonie, la transe, renverse ta caresse et la même main, te defait face au soleil, ouwah ! ouwah ! Sainte culture. Bah ! fais-moi énigme parmi ta horde des mendiants, reveille, expulse mon sang tribal, et que je mange la chair de mon frère ! »

En dehors de ces romans, il faut en venir à des lectures plus psychiatriques, moins subjectives et à visée médico-scientifiques. En fait peu de choses ont été écrites mis à part l'article ayant servi d'introduction à ce chapitre. Dans les entretiens psychiatriques (approche de la sexualité musulmane) Robert BERTHELIER part de la légende sur laquelle les musulmans auraient une puissance sexuelle supérieure et se refère pour cela à une brève expérience qui a été la sienne durant un sejour au camp de RIVESALTES. Il relève dans un premier temps, la relative fréquence de conduites « habituellement tenues pour perverses ou délictueuses : tentatives de viol, exhibitionnisme, homosexualité masculine, bestialite. » Posant le problème du comportement sexuel de l'homme musulman sur un autre plan : « celui de la structure individuelle » et celui de « la relativité des normes culturelles et de l'interadaptation réciproque de l'homme et de sa culture », et pour repondre à la question : « Existe-t-il un problème de la sexualite musulmane et dans quelle mesure renvoie-t-il, soit à un vecu individuel, soit à des données culturelles ? », BERTHELIER met l'exubérance sexuelle de l'homme sur le terrain d'une personnalité hystérique avec théâtralisme, suggestibilite, mythomanie, passivité, dépendance et complaisance à somatiser les conflits.

En approfondissant la question il finit par retomber sur le problème de l'angoisse de castration tel que nous l'avons decrit plus haut, appelant un constant besoin de réassurance narcissique : « qu'il y ait masturbation, homosexualité, viol ou

bestialité, le but cherché n'est pas tant l'angoisse instinctuelle que la réassurance narcissique ».

Il développera par la suite tous les problèmes d'éducation de l'enfant, du petit garçon, de la mère, de la circoncision. Constatant pour terminer « qu'il y a là, entre la personne et la culture une correspondance étroite mais il est impossible de prétendre que la culture détermine la personne ou inversement », ce qui reste à mon avis à prouver.

Dans la discussion ayant suivi cette conférence au cercle de l'évolution psychiatrique, on peut lire avec profit une intervention d'Henri EY « Qu'une telle organisation complexuelle s'ordonne par rapport à une homosexualité centrale, cela paraît en effet assez évident... Si le Coran consacre une sorte de statut esclavagiste de la femme, si celle-ci doit être entièrement soumise à la propriété de son maître, le « musulman » profondément identifié à l'image maternelle narcissiquement fixé au « zeub » comme à un objet d'idôlatrie, cet « homme », brutal, jaloux, sadique, quand il présente la face de sa virilité caricaturale, cet homme contient au fond de lui-même (l'anima chez lui religieusement cultivée), une féminité que l'on appelle assez souvent son « hystérie » peut être considérée comme typique... Mais, bien entendu, on ne saurait être trop prudent dans les généralisations de cet ordre. Si elles atteignent bien quelque chose de caractéristique du personnage « Nord africain », il serait vraiment trop simpliste et caricatural de proposer une interprétation analytique valable pour ce type si divers de population. « C'est un peu ce qu'il nous avait semblé à la lecture de l'article un peu sec de BERTHELIER et nous lui reprocherons d'avoir lui aussi oublié de lire et par conséquent d'aimer comme nous, RACHID, SI MOKHTAR, MOURAD ou MUSTAPHA, une NEDJMA.

En fait, des généralisations hâtives dont parle Henry EY dans son intervention, nous ne pouvons que penser à Frantz FANON, médecin des hôpitaux psychiatriques d'origine antillaise, qui avait choisi d'exercer en Algérie pour tenter d'analyser les problèmes posés par la lutte contre la colonisation, en vivant le phénomène de l'intérieur, et il posera de façon

certes partiale mais toujours authentique la difficulté du dialogue entre nos deux mondes.

Nous renverrons le lecteur à son chapitre, « le syndrome Nord africain » que l'on pourra lire dans son ouvrage « Pour la révolution africaine » paru chez MASPERO. Il y traite en particulier de ces fameuses gastralgies des Nord africains émigrés qui font hausser les épaules à la plupart des médecins alors qu'il ne s'agit en fait que d'une demande d'écoute que l'on se refuse à entendre sans doute parce qu'il s'agit d'arabes. A ce sujet justement, il ne faut pas oublier de noter la thèse de Denise BECKER « Problématique psychosomatique — A propos des colopathies chroniques » où elle traite des nombreux cas qu'elle eut à écouter à la consultation psychosomatique de l'hôpital Avicenne de RABAT.

J. DARROT qui travailla 15 mois à l'hôpital de SIDI CHAMI (près d'Oran) a retiré de son expérience certains éléments intéressants. Il réfléchissait d'abord sur ses relations avec le malade « les entretiens psychiatriques se déroulaient en principe entre trois personnes et non deux : le malade, le médecin et l'interprète ». Son interprète était de plus le leader du groupe de soignants : il reflétait parfaitement l'humeur, les habitudes et les manques de cette équipe : « Découvrant par lui ce premier aspect du groupe, nous eûmes grand soin d'en préserver la richesse, en essayant de ne pas faire de ce meneur d'hommes, l'indicateur officiel du médecin Il lui semble, comme il avait semblé d'ailleurs aux personnes qui avaient travaillé au Maroc, qu'à partir du moment où l'on œuvrait dans ce type de relation, il y avait une absolue nécessité de création d'un groupe : groupe, malades et infirmiers mais aussi pouvant entrer en contact avec les familles. L'obstacle de la langue qui peut d'ailleurs si l'on veut s'atténuer un peu, ne leur paraît pas plus lourd que ceux de leur ignorance culturelle ou des troubles de la communication propres à la maladie. Ce qui semble certain c'est que l'inexistence d'infirmiers arabisants à la Candélie, risque de nous éloigner un peu du malade ou tout au moins d'entraver la communication. Et ce qui a été appelé hystérie devrait pou-

voir être utilisé avec profit justement parce que la plasticité des émotions permet bien souvent tant par le verbe que par ces capacités d'observation (que nous ne pouvons pas avoir puisqu'elles nous sont étrangères) de mieux pénétrer la maladie musulmane.

Plus loin, il notera certains faits qui l'ont beaucoup étonné : « quand il fallut entrer en contact avec des parents qui ne s'étaient jamais manifestés, on découvrit tout un réseau de relations entre les membres du personnel et les familles des malades. Les nouvelles n'avaient pratiquement jamais cessé de circuler... Relations de voisinage, alliances lointaines, simples attentions. Tout cela était extrêmement discret mais solide. Echappant totalement au médecin, mais scellés par l'Islam, l'hospitalité fabuleuse de cette région, l'étendue des structures familiales, la pauvreté : ces liens entre les pensionnaires et leurs hôtes font apparaître au moins aux yeux de l'étranger, un groupe beaucoup plus homogène qu'il ne l'est habituellement en Europe ». Et ce groupe, essentiel à toute thérapeutique de ce genre de population nous est évidemment très difficile à créer chez nous.

On retrouve par la suite le même genre de préoccupations que celles de J.-J. MAUPOME, de Denise BECKER, de Frantz FANON au sujet des fameuses somatisations, de ce que l'on appelle en France « le syndrome d'Afrique du Nord », terme vulgaire et péjoratif tendant à désigner une habileté pusillanime et colorée à jouer de son corps. L'hypothèse d'une simulation ne survit jamais à l'observation la plus élémentaire.

Mais, pourquoi choisir le corps comme point privilégié de déplacement de l'angoisse ? DARROT cite une hypothèse intéressante : « la symbolique du corps et des organes est fort riche dans l'Islam. Les rites funéraires et les festivités qui suivent le sacrifice du mouton en sont deux exemples. La richesse du matériel sémantique (adjectifs comme substantifs) nous a paru contraster dans ce domaine des sensi-

bilités subjectives avec la pauvreté des manifestations psychosensorielles ».

En fait, cette explication peut être considérée comme douteuse, quand on la rapporte à l'ensemble du champ de la psychiatrie. En effet, si les somatisations sont courantes, les délires hypochondriaques vrais ne sont pas plus fréquents ni plus riches qu'en France.

Les psychiatres Tunisiens ont publié dernièrement une série d'articles parus dans l'information psychiatrique de septembre 1972. Leurs analyses psycho-génétiques ne diffèrent pas de ce qui a pu être écrit par MAUPOME ou DARROT.

Nous retiendrons de ces articles plusieurs chiffres épidémiologiques intéressants qu'il nous sera facile de comparer avec les statistiques françaises et les statistiques du C.A.R.A. de Bias que nous retrouverons plus loin.

TAUX DE SCHIZOPHRENIES

Années	Hommes	Femmes	Années	Hommes	Femmes
1960 ..	10 %	15,8 %	1969 ..	21,14 %	41,6 %
1961 ..	9 %	12,8 %	1970 ..	18,1 %	41,6 %
1962 ..	8,5 %	13,5 %	1971 ..	17,2 %	32,2 %
Moyenne	9,15 %	14 %	Moyenne	19 %	36,5 %

Les différences entre la période 1960-1962 et 1969-1971, ne peuvent correspondre qu'à une demande (ou à un succès) plus importante. Les familles semblant amener plus facilement leurs malades au médecin qu'auparavant. Ce n'est pas tout à fait l'avis de l'auteur qui, avec DEVEREUX n'hésite pas à prédire que « la schizophrénie sera durant un certain temps, l'un des désordres fonctionnels les plus courants dans les

sociétés qui encore récemment primitives subissent à présent des transformations culturelles et sociales rapides ».

	Hommes	Femmes	Moyenne annuelle des 3 ans pour les 2 sexes (60-61-62)
Etats névrotiques	6,26 %	7,39 %	6,82 %
Etats psycho somatiques	15,37 %	24,32 %	19,84 %
Hypochondrie et hystérie	3,71 %	11,70 %	7,55 %
Total	25,34 %	43,41 %	34,21 %

Total des premières admissions par catégories nosographiques

	Tunisie 69-70-71	France	Classification Internationale	Sénégal (Collomb)
Schizophrénie ...	27,75 %	20 %	—	15 %
B.D.P.	4 %	5 %	—	30 %
Délire chronique	2 %	15 %	—	5 %
Cadre élargi : schisophrénie + B.D.P. + D.C. ..	34,5 %	40 %	35 %	50 %
P.M.D.	19 %	20 %	20 %	20 %
Psychoses organiques	19,25 %	20 %	20 %	20 %
Etats confusionnels	4,75 %	5 %	5 %	5 %
Névroses	15,25 %	15 %	20 %	5 %

Ce n'est certainement pas à partir de ces lectures que nous prétendrons connaître vraiment tout de l'âme musul-

mane. Disons simplement que, désarmés face à ce problème nouveau et il faut bien le dire intéressés par ce qui nous était amenés de BIAS, nous avons essayé de comprendre et de faire comprendre au lecteur quel a été le cheminement de notre pensée. Peut-être nous dira-t-on que nous ne sommes pas plus avancés mais si nous ne pouvons pas apporter davantage à nos malades algériens, disons que eux nous ont permis d'entrevoir une culture et un monde[e] très différents.

PSYCHOPATHOLOGIE DU CAMP DE BIAS

I. — LE DISPENSAIRE DE BIAS

Description : il s'agit d'un bureau médical banal qui sert à toutes les consultations de médecine et de spécialité. Il n'y aurait pas grand chose à en dire, s'il n'était situé tout à fait au fond du camp (voir plan) et qu'ainsi tout le monde peut voir quels sont les malades qui viennent consulter. Par ailleurs, s'il est nécessaire d'hospitaliser en urgence et parfois par la force quelqu'un (dans le cadre de certaines ivresses aiguës, par exemple), nul ne l'ignorera. En fait cela n'a pas grande importance. Nous connaissons et nous avons appris que l'état de maladie chez le malade arabe donne droit à un statut spécial. MAUPOME dit que dans les pays arabes « on ne cache pas la maladie, on la montre » ; elle est un des seuls moyens pour la femme, en particulier, de s'exprimer. Au Maroc, le malade est installé dans la pièce principale de la maison et a droit à tous les honneurs même si c'est une femme. « On vient la voir de partout, amis, parents, voisins, camarades du quartier, cousinage des bleds éloignés. Les visiteurs sont assis autour du lit d'apparat, voire dans la cour tellement leur nombre peut être important. Le ou la malade, yeux clos, reçoit sans mot dire, sans desciller l'hommage de ses visiteurs ».

Les statistiques du dispensaire :

En fait les consultations à Bias ont débuté vers 1969.

Auparavant, ils étaient convoqués au dispensaire d'hygiène mentale de Villeneuve où ils se rendaient en « estafette ». L'envahissement de la salle d'attente par des arabes n'avait pas toujours plu aux consultants européens pourtant de souches multiples (italiens, espagnols, portugais, yougoslaves, pieds noirs et quelques Lot et Garonnais) qui avaient tendance parfois à déserter la consultation. Aussi, il avait été décidé de l'organiser à Bias ce qui était beaucoup plus commode pour tout le monde et permettait à l'équipe soignante de psychiatrie d'être connue au moins de vue par toutes les familles et finalement entrait bien dans le cadre de la politique de secteur. Le nombre des consultants étant de plus important, cela justifiait amplement cette décision.

	Nombre de consultations	Hommes	Femmes	Enfants
1969	153	64	53	36
1970	122	58	42	22
1971	122	76	36	10
1972	130	92	33	5

Atmosphère et vécu du dispensaire :

Comme il est facile de l'imaginer, le dispensaire de Bias ne ressemble à aucun autre et on est transporté dans un monde différent.

Nous ne sommes plus dans l'atmosphère feutrée des salles d'attente classiques où les gens se regardent pardessous en se demandant si tel ou tel de ses vis-à-vis est plus malade que lui, de quel mal il peut être atteint, craignent d'être vus ou reconnus et surtout que tout cela ne s'ébruite.

A Villeneuve, on se cache derrière des revues on essaie d'arriver juste à l'heure et de repartir la tête basse, le plus vite possible. A Bias, par contre, tout le monde est là bien avant le médecin, chacun sait de quoi il retourne, on parle, on jacasse, on fait beaucoup de bruit, on rit, on se lamente, on se donne des nouvelles. Bref, c'est le forum. Le médecin est accueilli avec des cris de joie et il n'est pas rare que l'une ou l'autre des familles concernées lui ait préparé un thé à la menthe, un café.

Comme la plupart des harkis étaient d'origine très modeste, bledars pour la plupart, ramassés en vitesse par l'armée française, engagés comme supplétifs, ne comprenant pas grand chose aux événements d'Algérie, il est assez rare qu'ils comprennent le français et les quelques mots qu'ils connaissent ont une raisonnance toute militaire. Par ailleurs, leurs épouses, elles, sont totalement incultes et nous n'en connaissons qu'une ou deux qui « baragouinent » quelques mots de français. On fera une petite exception pour les « vrais anciens », ceux qui ont fait la campagne d'Allemagne, celle d'Indochine, celle du Maroc, qui se distinguent des autres par leur parler correct, leurs vêtements et le fait qu'ils viennent aux consultations bardés des diverses médailles conquises au combat. Il faut dire que ceux-ci se considèrent un peu comme les patrons et se mêlent moins facilement que les autres aux jacassements de la salle d'attente.

Lors de nos consultations, il nous est donc nécessaire d'avoir un interprète. Nous avons la chance d'avoir une assistante sociale qui, elle aussi, a fait « ses campagnes » puisqu'elle fit partie des premières équipes d'Assistantes Sociales lancées dans la province de Meknes au Maroc avant la guerre de 1940, à une époque où il ne faisait pas bon être à la fois une femme et prétendre s'imiscer dans les problèmes familiaux islamo-musulmans d'une région particulièrement dure. Quoi qu'il en soit, elle parle admirablement l'ara-

be, connaît parfaitement ces gens et surtout la manière de les aborder. Les arabes diront d'elle qu'elle a la « Caïda ».

De plus, pour peu qu'on sache dire « bonjour », « au revoir », « comment vas-tu », que l'on connaisse le nom des enfants, que l'on sache leur demander s'ils dorment ou s'ils mangent en arabe, on est très rapidement admis et la consultation devient affectueuse, ce qu'il faut qu'elle soit dans un tel centre si l'on veut y faire un bon travail psychiatrique. Ceci n'exclue pas, évidemment, qu'il faille aussi savoir « écouter ». Nous ne pensons cependant pas qu'à Bias la tape sur l'épaule soit une injure à la psychiatrie moderne. Tout ceci fait que la consultation psychiatrique est bien vécue et bien admise. Il n'y a jamais d'absent, il n'y a jamais de retardataires. Et bien souvent d'anciens malades que nous n'aurions plus à voir, ou qui sont convoqués pour le mois d'après, viennent seulement pour un petit bonjour et pour bavarder un peu.

Sans doute cette intrusion de personnes étrangères anime-t-elle un peu la vie du centre. Aussi, y sommes-nous vus comme des amis plus que comme des soignants ce qui n'empêche pas d'ailleurs les habitants de suivre scrupuleusement les ordonnances ou les conseils que l'on peut donner.

Un seul problème peut gêner au départ, c'est celui de la consultation d'enfants. Il est très difficile de convaincre les gens d'amener leur enfant à la consultation ; il est très difficile aussi de leur faire admettre parfois qu'ils sont malades. Mais c'est un problème auquel se sont d'ailleurs heurtés tous les psychiatres ayant travaillé en A.F.N. L'enfant faisant partie intégrante de la famille patriarcale, il semble que sa maladie pourrait l'amputer et faire qu'elle ne soit plus une. On cache le plus longtemps possible l'enfant malade et pas seulement sur un plan psychiatrique. On préfère aller voir ou consulter des devins ou des mages qui eux ne con-

seillent jamais la séparation, l'hospitalisation. Les parents ne font jamais appel au médecin et il faut aller le dénicher chez lui. Et c'est en cela que par exemple une assistante sociale sérieusement formée sur le tas nous est très utile.

Il faut dire aussi que le problème du retard scolaire, voire de l'arriération, ne touche pas beaucoup les parents. Pour qu'ils en soient gênés il faudrait qu'ils vivent dans l'espoir de quelque chose. Les parents français espèrent que leurs enfants pourront avoir une situation, une place dans la société. Ils sont capables de projeter dans l'avenir. Il y a là tout le problème du temps vécu en ethnopsychiatrie : à Bias, on vit figé dans le temps. Il y a le passé auquel on ne pense pas ou on ne veut pas penser, mais nous y reviendrons et puis il y a le présent. Il faut vivre au jour le jour, dans la crasse, avec des aides financières misérables. Quant à l'avenir, il n'y en a pas pour ceux qui restent à l'heure actuelle. Ne pouvant se voir eux-mêmes, dans l'avenir, différents de ce qu'ils sont aujourd'hui, il leur est assez difficile de saisir le futur de leurs enfants. Ainsi qu'ils soient débiles ou pas, ou simples retardés cela n'a plus d'importance. Ils ne comprendront pas pourquoi on vient les ennuyer au sujet de leurs enfants.

II. — LA PSYCHIATRIE PROPRE

1. — données — statistiques

Nous avons hospitalisé entre 1962 et 1972, 65 malades.

Nous donnons dans les tableaux suivants les statistiques comparatives entre les cas présentés par nos malades et ceux publiés par l'INSERM pour les hospitalisations françaises au cours de l'année 1969.

ADMISSIONS EN 1969 (%) — STATISTIQUES INSERM

	Hommes	Femmes	Total
P.M.D.	8	18	13
Schizophrénies	10	10	10
Délires chroniques	4	8	6
P.D.A. et états confusionnels	5	6	5
Alcoolisme	37	8	23
Epilepsie	2	2	2
Sénilité	6	12	9
Troubles mentaux symptômatiques affection cérébrale	2	2	2
Névroses	5	10	8
Personnalités pathologiques. Perversions toxicomanies	8	6	7
Etats dépressifs non psychotiques	5	11	8
Troubles psychosomatiques	1	1	1
Débilité	3	3	3
Arriération profonde	2	2	2
Etats non classables	2	1	1

ADMISSIONS EN 1969 (%) — MALADES DU CARA DE BIAS

	Hommes	Femmes	Total
P.M.D.	—	15	7,5
Schizophrénies	16	—	8
Délires chroniques	12	15	13,5
P.D.A. et états confusionnels	12	—	6
Alcoolisme	28	—	14
Epilepsie	8	—	4
Sénilité	—	—	—
Troubles mentaux symptômatiques affection cérébrale	—	—	—
Névroses	6	40	23
Personnalités pathologiques. Perversions toxicomanies	2	10	6
Etats dépressifs non psychotiques	6	—	3
Troubles psychosomatiques	2	—	1
Débilité	—	5	2,5
Arriération profonde ..	2	—	1
Etats non classables ..	—	—	—

Il est évident que nous n'avons pas un nombre de cas suffisant pour avoir des statistiques valables. Mais nous pouvons retrouver certaines données.

Psychoses maniaco-dépressives : ici, comme en France, les femmes sont nettement plus atteintes. Nous n'avons pas à Bias eu un seul homme atteint de P.M.D. mais par contre, 15 % des hospitalisations des femmes sont dues à cette affection.

Chez les schizophrènes ce sera l'inverse, ce qui est assez différent des statistiques françaises. En France 10 % d'admissions femmes, 10 % d'admissions hommes ; à Bias 16 % d'hommes uniquement.

Les délires chroniques : par contre seront plus nombreux à Bias que dans les statistiques françaises : 13,9 % d'admissions contre 6 %.

L'alcoolisme féminin n'existe absolument pas à Bias, par contre 28 % d'admissions hommes sont dues à cette maladie ce qui est d'ailleurs inférieur aux statistiques françaises (37 %). Mais là, deux éléments interviennent : d'une part on ne boit pas tellement en Lot et Garonne comparativement aux autres régions (5 % d'alcooliques femmes et 30 % d'alcooliques hommes dans le service en 1972). d'autre part, on pourrait être surpris de voir ces musulmans boire alors que l'alcool leur est interdit et il faut bien préciser que la rencontre avec ce toxique, car ici, il s'agit davantage de toxique vrai que de notre bon vieil alcoolisme d'habitude, s'est fait généralement durant la guerre au contact de l'armée. D'autre part, nous avons exosé plus haut tous les problèmes d'identification avec l'européen qui pouvaient expliquer ce phénomène.

D'autres chiffres intéressants, en particulier, celui des **névroses féminines** qui se montent à 40 % ce qui est très important. Mais là encore nous avons classé sous ce terme de névroses toute une série d'affections ne correspondant pas exactement à l'étroitesse de la nosographie classique. Il peut s'agir soit de véritables hystériques, soit surtout des multiples manifestations de névroses dites actuelles (crises

d'excitation psycho-motrices secondaires à des conflits de voisinage, inculpations somatiques diverses, états dépressifs vaguement réactionnels, vaguement névrotiques, grandes crises d'hystérie collective, oppositionnisme familial simple de jeunes filles que l'on veut marier et qui ne trouvent de salut que dans le statut de malades). Bref, le pain quotidien de toutes les consultations et de toutes les hospitalisations de cette psychiatrie dite méditerranéenne.

On pourrait s'attendre à ce qu'il y ait davantage de toxicomanies. Qui dit kif dit Afrique du Nord et il est certain que la présence de tous ces arabes dans un centre aussi resserré, angoisse certains services de répression des toxicomanies du département qui par ailleurs n'ont pas grand chose à faire.

En fait, nous n'en avons vu qu'un seul en tout et pour tout en 10 ans d'observation et si nous l'avons soigné c'est surtout parce qu'il était névrosé plutôt que parce qu'il était kiffeur. Il est probable que parmi les anciens certains fument mais si nous ne le savons pas c'est que cela n'est pas bien grave. Par contre, dès que l'un d'entre eux se met à boire du vin cela fait du bruit et s'entend. Tant que la toxicomanie au chanvre indien reste dans ces limites, tant qu'elle n'entraîne pas d'actes médico-légaux, tant qu'elle ne nécessite jamais l'intervention des services sociaux ou médicaux, il est bien difficile de lui donner le nom de maladie (nous parlons là évidemment des toxicomanies au kif dans le cadre unique de Bias et ne voulons pas dire qu'elle ne peut être signe de maladie chez les européens qui s'y risqueraient).

Au reste, nous rejoignons là les diverses études sur les toxicomanies au kif faites par les psychiatres maghrébins : « le cannabis est bien la drogue du pauvre, le malade fume en fait parce qu'il a faim, parce qu'il sait qu'il rentrera le soir chez lui sans avoir trouvé du travail, que huit ou dix enfants l'y attendront. Il fume car il ne dort pas et qu'ainsi il dormira. Tout ceci est un peu simpliste certes mais avant de faire une psychiatrie riche encore faut-il pouvoir être riche. Au fur et à mesure que l'on monte dans l'échelle sociale, on trouvera de moins en moins de kiffeur. Si le maro-

coin pouvoir fume du kif, celui de la classe moyenne s'intoxiquera aux barbituriques... Quant à la classe aisée, elle aura le plus souvent recours au whisky ». (Biblio 48.)

Il est aussi nous le pensons interessant de nous pencher sur certains aspects nosographiques. Quelle etait en particulier la part de la psychiatrie transculturelle ou de la psychopathologie arabe propre dans les tableaux cliniques présentés par nos malades. En quoi le evenements d'Algérie avaient-ils pu aussi influencer ces malades.

Chez les hommes et sur 43 cas examinés :

— 40 relèvent de la psychiatrie classique que nous connaissons tous mais on peut aussi s'apercevoir à la lecture de nos observations que chez quatre d'entre eux, existe un apport transculturel essentiel (10 %), chez 22 (44 % environ) un apport transculturel d'appoint ; chez 31 (75 %) d'entre eux la guerre d'Algérie a fortement influencé le devenir psychopathologique (soit parce qu'il y a eu traumatisme crânien blessures, soit à cause de l'emigration obligatoire, soit encore à cause de l'alcoolisme qui va de pair avec les batailles)

Chez les femmes, l'aspect psychiatrique transculturel apparaît bien davantage et les pourcentages sont encore supérieurs.

Nous résumerons nos conclusions dans le tableau suivant qui devrait plus clairement nous

	Aspect nosographique classique	Appoint transculturel essentiel	Appoint transculturel non essentiel	Apport guerre d'Algérie
Hommes	93 %	10 %	44 %	75 %
Femmes	70 %	50 %	50 %	55 %

2. — LE MALADE DE BIAS A LA CANDELIE

Observation n° 1

Nom : H... Mohamed né en 1923.

Hospitalisé depuis le 26 mars 1968.

Délire chronique à thème de persécution, de poursuite, de menaces, à mécanisme interprétatif et hallucinatoire.

Réactions secondaires dangereuses :

— a tiré au pistolet sur des ombres,
— a décidé, s'il revenait chez lui d'acheter un fusil pour se défendre,
— avait porté plainte à la police avant son hospitalisation,
— désigne ses persécuteurs (anciens fellaghas) qui rôdent autour de chez lui et même autour de l'hôpital.

Ne se sent rassuré qu'à l'intérieur des « murs de l'asile », persuadé que là il est défendu « comme il l'était autrefois par son lieutenant ».

La construction et la dialectique délirante sont très classiques mais le rôle des événements d'Algérie est évident.

Il préfère laisser sa femme et ses cinq enfants se débrouiller seuls dehors. A l'intérieur de l'hôpital, il a parfaitement organisé sa vie et règne en maître marchand sur une « société » où se troquent des pots de confiture, du thé vert et même de la menthe qu'il fait cultiver à l'extérieur par sa femme.

Observation n° 2

Nom : B... né en 1919.

Grand infirme, hospitalisé sept fois pour violences sur son épouse à la suite d'excès éthyliques.

Services militaire en 1935, guerre 39-40, légion en 45. Indochine en 52-55.

A sauté sur une mine.

Opposition violente et épisodique avec sa famille, favorisée par l'anisette, aux besoins de libéralisation tentée par sa femme au sujet de l'éducation de sa fille aînée.

Observation n° 3

Nom : K... Abderhamane né en 1950.

Suit sa famille en France après l'exode.

Victime d'un trauma crânien par accident de la route.

Comitialité post-traumatique avec détérioration secondaire grave. Le pronostic est très reservé. Il faut noter que la forte somme reçue à la suite de l'accident a permis à la famille de quitter Bias et de vivre à l'extérieur.

Il s'agirait d'une pathologie banale si la relation entre la famille et le malade, la famille et le médecin, n'avait pas cet aspect si particulier que l'on retrouve dans les relations maghrebines.

Observation n° 4

Nom : R... Ali né en 1945.

Hospitalisé du 21.07.65 au 30.07.68.

Tentative de suicide à la suite d'une déception sentimentale. Assez violent. Inadaptation totale à la vie en France. Manifestations dites « hystériques ».

N'a pas participé au conflit algérien. Absence personnelle de responsabilité mais il est obligé de vivre en France à cause de l'engagement des parents.

Il est actuellement marié avec trois enfants, perçoit une aide aux infirmes (phocomèle).

Observation n° 5

Nom : M... Saïd née en 1910.

Hospitalisé du 4 septembre 68 au 23 septembre 69 - 14 janvier 69 au 12 mai 69, pour :

1) Un éthylisme relationnel et conjugal (épouse acariatre, mal adaptée, difficultés d'adaptation au travail).

2) Hypochondrie qui est un refuge : douleurs abdomino-lombo thoraciques et céphalées.

Il est parti à Saint-Maurice l'Ardoise et aurait été hospitalisé à Uzès pour une nouvelle cure de désintoxication.

Psychiatrie transculturelle d'appoint.

Observation n° 6

Nom : M... Saïd née en 1910.

Hospitalisé du 6 mars 68 au 19 mai 68 - 21 mai 68 au 25 mai 70.

A fait auparavant plusieurs séjours en milieux spécialisés parisiens. Délire de persécution avec hallucinations psycho sensorielles. L'épisode fécond délirant fut assez vite calmé, au point que l'on a pensé qu'il était secondaire à l'inadaptation à Bias où il venait d'arriver. Il sortit dans un milieu différent (exploitation agricole). Cependant deux jours après il rechuta. Il ne délirait plus, mais présentait un état dit hypochondriaque.

Vit depuis sa sortie à l'hospice de Nérac. En fait, hospitalisme définitif. Psychiatrie classique.

Observation n° 7

Nom : Z... Mohamed né en 1902.

Hospitalisé du 27.07.66 au 27.09.66.

A travaillé en France en 21. Service militaire en 23-25. Retours fréquents en France et travail constant tant en Algérie qu'en France. Harki dès 1955, blessé en nettoyant son arme. Torturé par le F.L.N. puis expulsé. Deux frères et sa femme égorgés. Pas de nouvelles de ses enfants. Remariage en 1963 avec une Kabyle.

Il fut hospitalisé pour une ivresse excito-motrice simple lors d'une fête familiale. Pas de gros problèmes psychiatriques chez un harki reconnaissant avoir égorgé pas mal de ses compatriotes.

Il se suicida plus tard chez lui par arme à feu.

Psychiatrie transculturelle d'appoint avec apport important des événements d'Algérie.

Observation n° 8

Nom : B... Sahraoui né en 1926.

Hospitalisé du 5.08.66 au 27.09.66.

Excès éthyle aggravé par des problèmes relationnels. Délire de jalousie et de voisinage. Insuffisance sexuelle probable dont l'épouse (très jeune) aurait parlé aux voisines. Psychiatrie classique avec appoint transculturel.

Observation n° 9

Nom : B... Sahraoui né en 1926.

Hospitalisé du 24.01.66 au 6.12.67 et 1 ans 1/2 en 69-70.

Long service dans l'armée française : deux séjours en Indochine (blessé par éclats de mortier). Harki en Algérie : blessure par balle à la tête au niveau pariéto-occipital droit. Prisonnier du F.L.N. durant un an puis expulsé.

Vit en célibataire au camp depuis le refus de sa femme de venir en France.

Lors de la deuxième hospitalisation, il présentait un refus d'aliments. On diagnostiqua alors une schizophrénie.

Depuis, il vit au camp dans un apragmastisme total. Il est suivi au dispensaire et un fort traitement lui est nécessaire.

A la moindre tentative de diminution, il présente une agitation nocturne, un refus d'aliments, des idées délirantes vagues et floues de structure paranoïde. Donc, apparition de signes de la série psychotique à 40 ans chez un déraciné qui ne pouvait organiser « son être au monde » en France et s'est réfugié dans un monde para-austistique.

Le tableau n'est pas tout à fait identique à celui que l'on demande pour porter le diagnostic de schizophrénie chez un français.

Observation n° 10

Nom : B... Areski né en 1931.

Hospitalisé du 22.11.66 au 6.12.67 et du 11.10.69 au 31.10.69.

Traumatisme crânien probable en 59. Syndrome subjectif tardif ? Sinistrose ? L'EEG est cependant perturbé avec des ondes théta disséminées et bi-latérales, ce en 67. En 69, le tracé reste un peu irritatif. Notons qu'un essai de traitement anti-comitial avait entraîné une aggravation. A obtenu une pension de 10 %.

Il est parti à Paris chez des parents et a échoué à l'hospice de Nanterre. Psychiatrie transculturelle d'appoint.

Observation n° 11

Nom : B... Mohamed né en 1925.

Hospitalisé du 2.07.68 au 24.07.68.

Ethylisme simple. Cure de désintoxication.

Marié, père de six enfants. Parti vivre chez son beau-frère à Lyon.

Observation n° 12

Nom : B... Abdelkader né le 20 mai 1927.

Hospitalisé du 17.11.65 au 9.11.66.

Arrivé en France en 64 après avoir été emprisonné et torturé (épilepsie post traumatique). Essai de travail à Melun. Rivesaltes en 64. Bias en 65. Essai de travail à Villeneuve.

Ethylisme chez un esseulé dont la femme est restée en Algérie et dont il n'a pas de nouvelles.

Trois de ses enfants et trois de ses frères ont été égorgés par le F.L.N. Parti en Algérie. Assassiné par le F.L.N.

Observation n° 13

Nom : K... Ali né en 1930.

Hospitalisé du 24 août 64 au 31.12.64.

Bouffée confuso-onirique alcoolique.

A quitté Bias. A fait venir femme et enfants d'Algérie et travaille. Psychiatrie classique.

Observation n° 14

Nom : Y... Rahmani né en 1937.

Hospitalisé du 13.05.65 au 8.10.65.

Etat dépressif réactionnel avec un éthylisme de compensation.

Isolement total (femmes et enfants en Algérie). Amputé d'une jambe (blessure faite par un autre soldat nettoyant son fusil).

N'avait jamais eu de pension d'où l'état dépressif. les difficultés d'adaptation et l'éthylisme. Il sortit de Bias car il avait reçu une pension d'invalidité avec rappel et fut assassiné en sortant de la poste. L'enquête n'a rien pu donner.

Observation n° 15

Nom : O... Abdelkader né en 1934.

Hospitalisé du 4 août 65 au 14 septembre 65.

Ivresse aigue. Bagarres entre harkis et entre son épouse et lui. Deux hospitalisations antérieures dans la Somme à Amiens. A quitté le camp. Travaille dans des chantiers forestiers à Nice.

Observation n° 16

Nom : B... Boussaad né le 10.04.23.

Hospitalisé du 30.05.63 au 29.01.64 - 1.06.64 au 2.02.65.

Il vivait en réalité à Clermont-Ferrand. Il avait fugué au cours d'une bouffée confusionnelle ce qui l'avait entraîné à Agen. Revenu à Clermont-Ferrand et nouvelles hospitalisations.

Psychiatrie classique.

Observation n° 17

Nom : B... A... Djelloul né en 1924.

Hospitalisé du 12.04.68 au 12.07.68.

Alcoolisme chronique avec éléments dépressifs importants à la suite du refus formulé par l'ambassade de France en Algérie de laisser entrer sa famille, en France. Amputation des deux jambes en 62 pour gelure.

Ancien membre du F.L.N. passé chez les harkis. Culpabilisation intense aggravée par l'isolement familial qui lui est imposé.

Actuellement a réussi à se resocialiser.

Observation n° 18

Nom : T... Kaci né en 1904.

Hospitalisé du 21.04.70 au 19.07.70.

Ethylisme chronique.

5 ans de prison en Algérie par le F.L.N. puis expulsé. Droits de pension refusés : ne serait pas une victime de la guerre d'Algérie ! Retraite des vieux et vit toujours à Bias.

Psychiatrie classique et surtout apport des événements d'Algérie.

Observation n° 19

Nom . T... né en 1920.

Hospitalisé du 11-05-70 au 19-07-70 - 19-11-70 au 22-05-71 - 24.05.71 au 5.06.71.

Isolement social — 50 ans (famille restée en Algérie). Pris en mains par le corps médical et passe de clinique chirurgicale en clinique chirurgicale (sympathectomie). « Polysyndrome fait de douleurs vagues et multiples à localisation digestive. Episode dépressif typique existenciel vécu sur un mode maghrebin et à traiter en tant qu'épisode dépressif ».

Lors des retours au camp vit dans la baraque des célibataires.

Psychiatrie transculturelle.

Observation n° 20

Nom : Y... Mohamed né en 1923.

Hospitalisé du 10.09.70 au 30.10.70 - 2.10.70 au 12.02.71.

Trois ans d'Indochine. Sept ans d'Algérie. Camp de Rivesaltes puis de Bias en 1963.

Travaille et contacte une tuberculose (en maladie de longue durée). Emet un délire chronique à mécanisme hallucinatoire.

Toute la famille restée en Algérie lui parle par la télé : c'est le « cora » (néologisme). Le cora semble être une machine.

Il vit toujours à Bias.

Observation n° 21

Nom : M... Brahim né en 1925.

Hospitalisé du 1.08.67 au 9.03.68.

Etait à Bias depuis deux ans. Harki pendant quatre ans, puis hospitalisé à Batna et à Constantine.

Etat asthéno-dépressif avec évidemment des préoccupations hypochondriaques multiples (douleurs gastriques, images radiologiques de mégadolichocolon).

Parti à Rouen près de cousins.

Observation n° 22

Nom : M... Daon né en 1899.

Hospitalisé du 18.10.66 au 22.02.67 - 25.03.68 au 14.04.68.

Venu avec sa deuxième et sa troisième femme à Bias (5 enfants chacune). Fracture de l'humérus gauche par torture du FLN. Alcoolisme chronique.

Chaque hospitalisation a été secondaire à des disputes lors d'ivresses.

Il vit à Villeneuve avec les deux épouses (séparées) et boit toujours.

Psychiatrie transculturelle.

Observation n° 23

Nom : S... Said né en 1902.

Hospitalisé du 22.02.66 au 13.07.66.

Imprégnation alcoolique simple avec quelques réactions dépressives.

Un frère égorgé. S'est noyé dans le Lot au moment d'un raptus suicidaire.

Observation n° 24

Nom : M... Ahmed né en 1931.

Hospitalisé du 12 mars 69 au 30 mai 69.

A Bias depuis 62.

Bouffée délirante traînante chez un microcéphale. Comportement bizarre et discordant. Etat d'excitation atypique. Toujours suivi au dispensaire. A quitté Bias et est allé s'installer dans un village voisin.

Il s'agit d'une symptômatologie d'apparition tardive, peu explicable car il ne prend aucun toxique et d'aspect presque dissociatif.

Psychiatrie classique. Appoint transcuturel.

Observation n° 25

Nom : Y... Younes né en 1922.

Hospitalisé le 29.03.66, décédé le 18.03.67.

Etat dépressif avec des idées délirantes assez pauvres. Syphilitique. Décédé d'une hémorragie cérébrale (confirmée à l'autopsie).

Observation n° 26

Nom : M... Amar né en 1898.

Hospitalisé du 17.03.66 au 21.08.66 (décès).

Idées délirantes de persécution à mécanisme hallucinatoire et interprétatif . entendant à la radio et à la télévision qu'il était du camp FLN et condamné à mort. Au camp de Bias, ses compagnons lui en veulent pour des motifs politiques. Vient de la prison d'Agen à la suite « de coups et blessures portés à un corréligionnaire ». Culpabilité évidente projetée. Homme estimé semble-t-il, en Algérie et riche propriétaire. Il avait été vivement traumatisé par les événements d'Algérie et leurs conséquences (obligation de partir, de tout laisser).

Décédé à la Candélie.

Observation n° 27

Nom : H... Salah né en 1942.

Hospitalisé du 24.04.67 au 9.05.68 - 14.11.69 au 4.02.70.

Considéré dans un premier temps pour un alcoolique, vivant dans la baraque des célibataires. Découverte par la suite d'une personnalité plus schizoïde. Régulièrement suivi au dispensaire de Bias. Ne pouvant cependant et malgré la légère amélioration actuelle vivre en dehors du Centre d'Accueil.

Observation n° 28

Nom : H... Mohamed né en 1935.

Hospitalisé du 24.04.63 au 24.10.65.

Schizophrénie classique.

Sujet algérien jamais nationalisé. A pu être rapatrié dans sa famille.

Observation n° 29

Nom : O... Laid né en 1933.

Hospitalisé du 23.01.69 au 27.01.69 (évasion).

Ethylisme chronique.

Pensionné pour blessure par balle (abdomen). Célibataire. Serait actuellement en prison.

Observation n° 30

Nom : B... E né en 1923.

Hospitalisé du 16.02.67 au 21.03.67 - 6.06.68 au 22.06.68.

Ethylisme simple.

Venu se réfugier à l'hôpital car il avait quelques difficultés avec la Cour de Justice de Strasbourg (coups et blessures en 64). Avait été amputé à Strasbourg à la suite de gelures des orteils. Célibataire. Habite maintenant à Villeneuve.

Psychiatrie classique.

Observation n° 31

Nom : B... L. né en 1922.

Hospitalisé à 8 reprises de 66 à 70 pour de gros troubles du comportement avec violences chez un éthylique.

Héros typique, véritable « passoire », transpercé de balles, torturé et laissé pour mort par le FLN.

Pension assez importante lui permettant de vivre correctement. Mais inadaptation assez globale en France, avec multiples conflits conjugaux, divorces et chicaneries. Semble avoir trouvé un équilibre en divorçant d'une algérienne qui le grugeait littéra-

lement et l'entraînait à boire et en épousant une française malheureusement débile. Evolution en cours chez un brave homme, un peu perdu, loin des théâtres de combats.

Observation n° 32

Nom : Z... Abdelkader né en 1919.

Hospitalisé du 24.03.72 au 28.04.72.

Ivresse excito-motrice. Vit dans la baraque des célibataires. Blessé par éclat d'obus.

Psychiatrique classique.

Observation n° 33

Nom : O... Ahcène né en 1905.

Hospitalisé du 25.05.72 au 12.08.72 à la Candélie mais plusieurs hospitalisations antérieures.

Délire chronique à thème d'empoisonnement et de sorcellerie. Guérison par **relation magique** avec le médecin psychiatre, « seul capable de lutter contre l'empoisonnement sanguin provoqué dans un hôpital général » où il avait été placé pour O.A.P. Personnalité paranoïaque, méfiant, orgueilleux, sûr de lui, n'admettant ni la réplique, ni la critique.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'introduction du magique thérapeutique, tendant à guérir le magique maléfique.

Observation n° 34

Nom : S... M. né en 1918.

Hospitalisé du 30.06.72 au 24.07.72.

Reçoit une aide sociale aux infirmes. Marié, un enfant.

Tableau hypochondriaque classique. Psychiatrie transculturelle.

Observation n° 35

Nom . A... Mohamed né en 1938.

Harki pendant 5 ans. Rapatrié en 62. Depuis, nombreuses hospitalisations. Loi Cordonnier.

Schizophrénie simple chez un déraciné. Ne pose pas un problème ethno-psychiatrique particulier.

Observation n° 36

Nom : B... né en 1933.

Six hospitalisations en quatre ans.

Ethylisme simple chez un homme bien portant, quelque peu déraciné. Joueur de cartes, voleur, tricheur, buveur. Malade rabelaisien, pittoresque qui ne peut trouver son équilibre qu'en tournant de la Candélie à Bias et de Bias à la Candélie. En réalité, n'en fait pas plus que ce qu'il ferait dans les cafés maures d'une kasbah quelconque. Il ne fait que boire alors qu'en Algérie il fumerait du kif. Disons qu'il s'agit tout de même d'une inadaptation socio-familiale.

Observation n° 37

Nom : O... Mohamed né en 1929.

Jamais hospitalisé à la Candélie mais plusieurs fois dans d'autres départements.

Marié, huit enfants. Arrivé en 69 (arrêté par le FLN). Pension d'invalidité pour son asthme.

Ethylisme à rechute. Psychiatrie classique.

Observation n° 38

Nom : A... Slimane né en 1904.

Hospitalisé à trois reprises depuis 66. Toujours à la Candélie. D'abord pour des ivresses pathologiques puis pour des idées délirantes de jalousie, favorisées évidemment par les excès éthyles.

A été rapatrié en France avec deux ménages. L'une, la vieille épouse serait à Montpellier dans une famille aisée. L'autre, la seconde est plus jeune, mais d'après lui, « lui ferait manger des choses dans le couscous pour le rendre impuissant, le lui reprocher et le tromper avec une bonne partie du camp ».

De tels délires se rencontrent certainement en Algérie. Sans doute cependant, l'apparition en a-t-elle été favorisée par l'alcoolisme apparu dans l'armée, mais aussi par le fait qu'en France les femmes ne sont pas cloitrées. Vieil arabe assez islamisant, A... était un peu trop vieux pour s'adapter facilement.

Observation n° 39

Nom : R... Kouider né en 1924.

Trois hospitalisations à Saint-Alban, quatre à la Candélie.

Carrière psychiatrique débutant vers 63, un an après son retour en France. Depuis quelques rémissions sans plus. Délire chronique : persuadé être poursuivi par des tueurs du FLN qui chercheraient à l'ensorceler en lui offrant des cigarettes truquées.

Extension du nombre des persécuteurs : son épouse lui verserait du poison et il se refuse à être examiné en présence d'une jeune infirmière qui serait la complice.

Délire chronique donc à thématique typique. On y retrouve le poison, les fumées, les envoutements, etc. mais aussi l'absence de rigueur vraie de la paranoïa classique.

Observation n° 40

Nom : B... Mohamed né en 1920.

Hospitalisé du 5.12.64 au 12.12.64.

Comitialité post-traumatique (éclat de mortier en Tunisie). Accident aigu par arrêt intempestif de la thérapeutique.

Pensionné à 100 %.

Psychiatrie classique.

Observation n° 41

Nom : HA... El Hadj né en 1905.

Engagé dans l'armée française. Fait la guerre du Rif. Six ans au total. Réengagé dans une harka dès le début des événements d'Algérie. Fait prisonnier par le FLN. Expulsé, arrivé en France en 65.

Hospitalisé du 29.06.66 au 30.08.66 (UZES) - 10.12.70 au 18.01.71 - 4.03.71 au 9.04.71 - 18.10.71 au 12.04.72, puis à la Candélie après transfert de Saint-Maurice l'Ardoise depuis le 9.12.72.

Alcoolique chronique, désadaptation sociale, nombreux conflits familiaux, de voisinage dans le camp. Signes involutifs à l'heure actuelle.

Psychiatrie classique transculturelle d'appoint.

Observation n° 42

Nom : S... Abderhamane né en 1950.

Célibataire. Hospitalisé du 15.01.73 au 15.02.73.

Toxicomanie au chanvre indien.

Psychiatrie classique transculturelle essentielle.

Observation n° 43

Nom : K... Abdallah né en 1944.

Hospitalisé du 6.03.73 au 25.04.73.

Divorcé. Vit avec son père. Troubles du comportement. Schizophrénie greffée chez un débile.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint.

Observation n° 44

Nom : A... Kaled né en 1948.

Hospitalisé du 17.04.73 au 26.04.73 et depuis le 6.06.73.

Schizophrénie.

Psychiatrie classique.

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION EN FRANCE ET ENTREE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
HAM. Mohamed	50	marié 5 enfants	ulcère gastrique	pension invalidité	?	5 à 6 ans	2	Délire chronique de structure paranoïaque	—	—	+	—	+	+
BOU. Hacène	50	marié 8 enfants	amputation jambe	pension invalidité	non	1 an	7	Troubles du comportement chez un éthylique	+	—	+	—	+	?
KIC. Aderhamane	22	célibataire	trauma crânien	rente accident	non	2 ans	10	Détérioration chez un comitial post-traumatique	—	—	+	—	—	—
MAM. Said	35	marié	blessure de guerre	invalidité S.S.	oui	4 ans	5	Schizophrénie	—	+	—	—	+	+
REZ.	18	célibataire en 68	néant	aide aux infirmes phocomèle	non	6 ans	1	T.S. chez un hystérique	—	—	—	—	—	+
MEK. Said	35	marié	néant	aide aux infirmes	peu	6 ans	3	a) éthylisme aigu b) douleurs hypochondriaques	+	+	—	—	+	+

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
MOU. Said	60	célibataire	néant	aide aux infirmes	non	6 ans	2	Bouffées délirantes aigues à thème de persécution politique	—	—	+	—	—	+ hemet délirante
ZIA. Mohamed	64	marié	blessure par balle	suicidé	non	4 ans	1	Ivresse excito-motrice suicide plus tard	+	—	—	—	+	+
BEN. Ali	64	marié	non	retraite vieillesse	non	4 ans	1	Délire de jalousie Ethylisme	+	—	+	—	+	—
BOU. Sahraoui	46	célibataire marié en Algérie	blessure occipitale par balle tortures	invalidité S.S.	non	5 ans	2	a) troubles du comportement chez un primitif b) schizophrénie	—	—	+	—	+	?
BOU. A.	36	célibataire	trauma crânien en 55	hospice de Nanterre	non	5 ans	2	Sinistrose ? Hypochondrie ? Sd subjectif ? Sd algérien ?	—	—	—	—	+	+

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
BRES. M.	45	marié 6 enfants	non	en « famille » à Lyon	non	6 ans	1	Ethylisme chronique	+	—	+	—	—	—
BEND.	41	célibataire épouse en Algérie	épilepsie post-traumatique (torturé)	a disparu en tentant de revenir en Algérie	non	1 an	2	Ethylisme - comitialité post traumatique	+	+	+	—	—	+
KRI Ali	40	célibataire à l'époque de son hospital.	non	travaille son épous. l'a rejoint	non	2 ans	1	Delirium tremens	+	—	+	—	—	+
YOU. R.	35	épouse en Algérie	amputé	décédé	non	3 ans	1	Etat dépressif réactionnel	—	+	+	—	+	+
OUL. A.	38	marié 6 enfants	non	travail normal	non	1 an	3	Ivresses aigues	+	—	+	—	+	+

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
BEN.	49	marié	non	vit à Cl.-Ferrand	oui	1 an	3	Bouffées délirantes	—	—	+	—	—	probable
BEN ABD. Djelloul	46	épouse en Algérie	amputé des deux pieds	à réussi à se resso-cialiser	oui	5 ans	1	Etat dépressif réactionnel. Alcoolisme d'appoint	—	+	+	—	—	+
TER.	66	épouse en Algérie	5 ans de prison en Algérie (torturé)	retraite des vieux	non	2 ans	1	Ethylisme chronique	+	—	+	—	—	+
TIC.	50	famille en Algérie	non	d'hôpital en cliniqu. et en maison de retraite	non	?	x	Polysyndrome douloureux ?	—	—	—	+	—	+
YMA. M.	49	séparé de sa famille	non	invalidité pour tub.	peu	7 ans	1	Expérience délirante primaire	—	—	+	—	+	probable

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
MER. Mohamed	47	séparé de sa famille	non	vit chez des cous. à Rouen		5 ans	1	Etat asthéno-dépressif avec plaintes hypochondriaques multiples	—	—	—	—	+	+
MEZ. D.	71	polygamie	fracture humérus g (torturé)	pension. fait vivre ses 2 femmes	non	1 an	2	Ivresses aigues réactionnelles à des conflits engendrés par ses deux femmes	+	—	+	+	—	—
SLI.	70	marié 1 enfant	non	décédé (suicide)	non	3 ans	1	Etat dépressif camouflé dans un éthylisme important	—	+	+	—	—	+
MOK. A.	40	marié enfants	non	a quitté le camp et vit chez son fils	non	6 ans	1	Bouffée délirante chez un microcéphale. Gros troubles du comportement dans les intervalles libres. Aspect presque dissociatif	—	—	+	—	+	—

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ALCOOLISME ETHYLIQUE		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
YEM. Y.	44	marié	non	décédé hémorrag. cérébrale	non	4 ans	1	Etat délirant. Idées délirantes pauvres. Syphilis sanguine	—	—	+	—	+	—
MOK. Amar	68	famille en Algérie	non	décédé	non	4 ans	1	Bouffées délirantes à thèmes politiques	—	—	+	—	—	probable
HAD EL HADJ	42	célibataire	non	vit au camp et s'est marié depuis	peu	5 ans	2	Ivresses excito-motrices	+	—	+	—	—	probable
HIL. Salah	25	célibataire	non	invalidité	non	5 ans	2	Schizophrénie	—	+	+	—	+	?
HAM. M.	30	célibataire	non	rapatrié dans sa famille	non	1 an	1	Schizophrénie	—	—	+	—	—	—

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
OUA. Laid	36	célibataire	non	serait en prison était pension. pour blessure	non	6 ans	1	Ivresse aigue (évasion)	+	—	+	—	—	—
ERR.	48	célibataire	non	socialisé à Villen.		4 ans	2	Ethylisme simple. Difficultés d'adaptation sociale	+	—	+	—	—	+
BRA. A.	46	célibataire	non	aide aux infirmes tub.	non	4 ans	2	a) bouffées délirantes secondaires à l'Isoniazide b) habitus dissociatif	—	—	—	+	—	?
BOU. L.	50	marié 2 fois (consécutivement)	oui (tortures)	assez grosse rente remarié	non	4 ans	8	Ivresses excito-motrices	+	—	+	—	+	+

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
BER.	30	vient de se marier	O	bons depuis le mariage	essais	4 ans	2	Etat dépressif réactionnel T.S.	—	—	+	—	—	+
ZEN.	53	marié	blessé par éclats	petite pension	non	9 ans	1	Ethylisme chronique	+	—	+	—	—	+
OUA.	65	marié enfants	non	retraité + A.F.	non	peu	+ sieur	Délire chronique de structure paranoïaque	—	—	+	—	+	+
SAD.	55	marié 1 enfant	non	aide soc. aux infirm.	non	8 ans	1	Hypochondrie globale	—	—	—	+	—	?
AGG. M.	34	célibataire a longtemps vécu a Paris	non	essai de travail	essais	?	+ sieur	Schizophrénie greffée chez un débile incapable d'adaptation. Seul en France	—	+	+	—	+	+
BOUC.	39	—	non	travaux agricoles épisodiq.	essais	5 ans	6	Petit déséquilibre Ethyle	—	+	+	—	—	—

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	
OUA.	40	marié 8 enfants	torturé séquelles	invalidité S.S.	essais	?	+ sieurs ds 1 autre départ.	Ethylisme simple	+	—	+	—	—	?
AZN. Slimane	62	bigamie	non	hospitalisé en P.O.	0	5 ans	1	Délire de jalousie chez un éthyle	+	—	+	—	+	probable
RAH.	48	marié 10 enfants	non	hospitalisé pension invalidité + A.F.	0	— 1 an	7	Délire chronique à thème d'empoisonnement et de sorcellerie et à thèmes politiques Culpabilité +++	—	—	+	—	+	+
BAK. Mohamed	44		oui	pension. 100 %		2 ans	1	Comitialité post-traumatique par arrêt de thérapeutique. Accident aigu	—	—	+	—	—	+

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SEQUELLES PHYSIQUES DE GUERRE	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	ANTECEDENTS TRAVAIL EN FRANCE	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ETHYLISME		NOSOLOGIQUE			
									ESSENTIEL	D'APPOINT	CLASSIQUE	TRANSCULTUREL ESSENTIEL	TRANSCULTUREL D'APPOINT	APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
ARR. El Hadj	68	marié 8 enfants		A.F. + pension		1 an	5	Alcoolisme chronique	+		+		+	
SAH. Abderhamane	23	célibataire	néant	néant	néant	5 ans	1	Toxicomanie au chanvre indien		+	+	+		
KAD. Abdallah	29	divorcé	néant	Loi Cordonnier	non	10 ans	1	Troubles du comportement. Schizophrénie greffée chez un débile			+		+	
ALA. Kaled	24	célibataire	néant	chomage	oui	10 ans	2	Schizophrénie			+			

3. — LA MALADE DE BIAS A LA CANDELIE

Observation n° 1

Nom : K... Aïcha, née en 1935.

Première hospitalisation du 1er décembre 1966 au 20 mars 1966 ; elle présentait à l'entrée une crise d'agitation anxieuse avec tentative d'autolyse.

Elle était mariée, l'époux étant alors malade. Le couple avait cinq enfants. Elle fut réhospitalisée du 13.04.68 au 14.05.68 dans les mêmes conditions. Puis, elle fut assassinée par son mari à Toulouse. Il fut acquitté.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint.

Observation n° 2

Nom : A... Ghemina, née en 1926.

Hospitalisée une fois du 4 mai 70 au 25 juin 70 pour un état dépressif névrotique à forte charge anxieuse et de symptômatologie plus hypochondriaque qu'hystérique. Elle était au C.A.R.A. car elle était veuve avec un enfant. Elle percevait la pension de veuve de militaire. Elle vit maintenant à Agen en concubinage.

Psychiatrie classique, transculturelle essentielle.

Observation n° 3

Nom : S... née F... en 1937.

Hospitalisée une fois du 4.04.63 au 16.12.64. Elle présentait un état d'excitation « pittoresque » chez une femme musulmane n'ayant pas suivi son mari, ce dernier ayant trouvé du travail à Manosque.

Elle fut surtout rétablie par un aménagement de la situation familiale (rapprochement du couple).

Psychiatrie transculturelle essentielle.

Observation n° 4

Nom : B... Fatima née en 1937.

Première hospitalisation le 6.11.72. Délire chronique à thème de persécution et d'empoisonnement. L'entourage immédiat étant vécu comme menaçant et désirant sa mort. Tout a débuté lors d'un changement de logement, le nouveau logement étant hanté. Mère de 7 enfants.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint.

Observation n° 5

Nom : Z... Zina née en 1916.

Hospitalisée du 9.10.68 au 12.11.68 - du 9.09.69 au 22.10.69.

Sinistrose à la suite d'une chute simple avec ankylose de l'épaule, du rachis.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint.

Observation n° 6

Nom : B... Horia née en 1933.

Hospitalisée du 9 août 1972 au 23 septembre 1972 pour un état dépressif du post-partum.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint.

Observation n° 7

Nom : O... Kheira née en 1953.

Hospitalisée du 10.04.72 au 12.08.72.

Déséquilibre psychique, opposition au milieu rigide et ultra musulman imposé par le père.

Fugues, prostitution, drogue (elle vivait à Marseille), sur un fond de débilité (Q.I. : 58). Séparée de son mari. Il s'agit de psychiatrie classique aggravée par la situation. Mais il est cependant probable que ces problèmes (de nature différente) auraient eu lieu en Algérie. On ne peut donc parler dans ce cas de pathogénécité du problème de la guerre d'Algérie. Actuellement, est remariée et a quitté Bias.

Observation n° 8

Nom : B... née M... en 1924.

Hospitalisée en 65 - du 13.06.67 au 5.07.67 - du 18.04.68 au 2.05.68 - du 18.04.69 au 2.05.69.

Personnalité dite paranoïaque. Conflits avec les voisins. Femme seule dont le mari a disparu en Algérie. Problème relationnels tant avec les autorités du camp qu'avec le voisinage. Episodes d'excitation et de dépression.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint.

Observation n° 9

Nom : O... Fatima née en 1923.

Hospitalisée du 14.06.68 au 5.07.68 et du 27.05.69 au 13.07.69.

Veuve. vit seule au camp avec ses deux filles.

Deux états dépressifs pouvant entrer dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.

Psychiatrie transculturelle essentielle.

Observation n° 10

Nom : S... Fatima née en 1948.

Hospitalisée du 20.06.69 au 23.06.69.

A présenté une crise d'hystérie classique. Psychiatrie transculturelle essentielle.

Observation n° 11

Nom : S... Messaouda née en 1939.

Hospitalisée du 15.10.69 au 10.12.69.

Hypochondrie avec inculpation de la sphère digestive.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint .

Observation n° 12

Nom : D... Ourdia née en 1955.

Hospitalisée début 73.

Vit chez sa mère.

Psychiatrie classique, transculturelle essentielle : fugues chez une mineure avec problèmes d'opposition culturelle.

Observation n° 13

Nom : M... C... Fatima née en 1957.

Hospitalisée début 73.

Oppositionnisme familial chez une débile caractérielle.

Psychiatrie classique, transculturelle d'appoint.

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
							CLASSIQUE	TRANSCULTUREL		
								ESSENTIEL	D'APPOINT	
KED. Aïcha	32	Mariée, 5 enfants	Décédée. Assassinée par son mari à Toulouse	4 ans	2	Crise d'agitation anxieuse avec T.S.	+	—	+	+
AMA. Ghemina	46	Veuve, 1 enfant	Vit à Agen en concubinage. Pension de veuve de militaire	8 ans	1	Etat dépressif névrotique	+	+	—	+
SEB. née FAORI	35	Etait provisoirement séparée de son mari	Vit avec son mari à Manosque	6 mois	1	Etat d'excitation réactionnel	—	+	—	+
BOU. Fatima	39	Mariée, 5 enfants	Travaux agricoles	3 ans	3	Psychose maniacodépressive (un accès maniaque). Rechute par arrêt de thérapeutique étant enceinte.	+	—	—	—

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
							CLASSIQUE	TRANSCULTUREL		
								ESSENTIEL	D'APPOINT	
BEL. Fatima	35	Mariée, 7 enfants	Mari (aide aux infirmes) + A.F.	10 ans	1	Délire chronique à thème de persécution et d'empoisonnement	+	—	+	+
ZAH. Zina	56	Mariée, 1 enfant	Mari « assez riche » plus loi Cordonnier	6 ans	2	Sinistrose à la suite d'une chute : ankylose de l'épaule, du rachis plus calculs vésiculaires plus grastrite œdémateuse.	+	—	+	—
BOU. Horia	40	Mariée		5 ans	2	Etat dépressif du post partum	+		+	—
OUA. Kheira	19	Séparée, vit avec ses parents	Remariée	10 ans	1	Déséquilibre psychique, fugues, prostitution. Débilité (Q.I. 58).	+	—	+	—
BEL. Fatima	47	Vit seule		3 ans	4	Idées délirantes de structure paranoïaque à mécanisme hallucinatoire, à thème érotomaniaque.	+	—	+	—

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
							CLASSIQUE	TRANSCULTUREL		
								ESSENTIEL	D'APPOINT	
BRA. née MEZ.	48	Mari disparu en Algérie. Femme seule. Kabyle	Travaux agricoles	2 ans	3	Personnalité dite paranoïaque. Episodes d'excitation et de dépression.	+	—	+	+
OUN. Fatima	49	Veuve, vit avec ses deux filles	Aide aux infirmes	6 ans	2	Deux états dépressifs pouvant entrer dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.	—	+	—	—
SAI. Kheira	54	Mariée. 12 grossesses, 4 enfants	Vit avec son mari	3 ans	2	Etat dépressif avec inculpation hypochondriaque. Rôle magique de la thérapeutique. Ne va mieux que sous injection d'eau distillée. Consulte les « Marabouts ».	—	+	—	—

NOMS	AGE	SITUATION FAMILIALE AU CAMP AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	MOYENS D'EXISTENCE ACTUELS	INTERVALLE ENTRE PREMIERE HOSPITALISATION ET ENTREE EN FRANCE	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DIAGNOSTIC	ASPECT NOSOLOGIQUE			APPORT DES EVENEMENTS D'ALGERIE
							CLASSIQUE	TRANSCULTUREL		
								ESSENTIEL	D'APPOINT	
SAA. Fatima	21	Mariée, 3 enfants	Mari avait une pension assez importante	7 ans	1	Crise d'hystérie classique.	+	+	—	—
SMA. Messaouda	30	Mariée, 3 enfants en France	Vit à Marseille	7 ans	1	Hypochondrie avec inculpation de la sphère digestive.	+	—	+	+
MEM. Fatima	34	Mariée	Partie chez les Marabouts des Aures 1 an. Revenue en bon état	7 ans	3	Etat dépressif de caractère hystérique. Refus d'aliments.	+	+	—	+
DAH. Ourdia	18	Célibataire	Vit chez sa mère	10 ans	1	Fugues chez une mineure. Problèmes d'opposition culturelle.	+	+	—	—
MOH. CHERIF Fatima	16	Célibataire	Vit chez sa mère	10 ans	1	Oppositionnisme familial chez une débile caractérielle.	+	—	+	—

4. — QUELQUES CAS PARTICULIERS

Certaines observations, certains malades sont, ici comme partout plus intéressants que d'autres. Dans le court chapitre qui suit, nous développerons certaines observations un peu plus longuement soit parce qu'elles présentent un intérêt psychiatrique particulier (observation n° 1), soit parce qu'elles montrent que le camp de Bias peut s'intégrer dans la politique de sectorisation et que s'il crée beaucoup de problèmes, il aide parfois à en résoudre (observation n° 2) soit encore parce que certains malades présentent un tableau clinique particulier n'entrant pas ou difficilement dans la nosographie française (cas n° 3 - 4), soit aussi parce qu'il existe des cas de psychiatrie très « occidentale » même chez des malades issus du contingent si particulier des femmes (observation 5 - 6).

Observation n° 1

Nom : BER... Amar né en 1939.

Hospitalisé à la Candélie du 24.10.67 au 2.05.68.

Il s'agit d'un ancien harki blessé par balle au cours d'une patrouille et hospitalisé alors pendant deux ans. Pensionné de guerre à 85 %. Il fut rapatrié et tenta de s'adapter. Le niveau intellectuel est bon. En 1965, il fit une tentative de suicide à Toulouse, en essayant de s'éventrer quand il comprit s'être trompé de camp. Intelligent s'exprimant très correctement en français. Il présenta longtemps des sentiments de culpabilité très inquiétants durant plusieurs années avec des sentiments d'auto-dépréciation et d'auto-accusation nécessitant une psychothérapie très délicate, le thérapeute faisant partie de ceux qui avaient contribué à sa faute. Marié récemment, il semble avoir réagi normalement après plusieurs années de dévalorisation.

Observation n° 2

Nom : HAD... EL H...

Hospitalisé du 14.11.70 au 14.01.71 et du 28.02.71 au 13.05.71.

Ancien suppletif de l'armee française, il etait marié en Algérie et vivait la vie de tous les harkis. Au moment de l'indépendance, il a ete arrête dans des conditions rocambolesques par le FLN puis a travaille. Prevenu à temps le jour de sa condamnation à mort, il reussit à s'evader d'un camp de travail et vécut pendant un an dans les Djebel.

Au moment de la guerre algéro-marocaine, il réussit à rejoindre Alger, à trouver quelques-uns de ses anciens chefs français et à s'enfuir vers la France. A partir de là, il fit de nombreux stages dans les hôpitaux, pour obtenir une pension mais surtout parce que s'etablit ainsi le seul lien possible entre un pays vécu sur un mode oral et nourricier, la France, et ceux qui se sont laissés prendre et qui « en sont malades ».

C'est peut-être pour cela que tous les harkis ont hanté les services médicaux et que l'on a essaye de s'en debarrasser en leur donnant des pensions d'invalidité.

Au C.A.R.A., il vécut d'abord dans la baraque des célibataires. Il rejetait globalement l'Algerie et tout ce qui la concerne. « Les Fellaghas ont gagné et m'ont tout pris : la femme, les terres, la maison, même les habits et la vaisselle ».

Il réussit à se faire opérer à Villeneuve d'une hernie hiatale (sur sa propre demande) puis il essaya de se faire operer d'une appendicite et sortit contre avis médical le 11 novembre 70 pour « pleurer » De Gaulle.

Il en profita pour boire plus que de raison et s'agita de manière inquiétante.

Ethylique violent, bien connu du C.A.R.A. pour ses excès et ce qui nous prouvera encore l'attachement oral à la France, mère patrie est la raison qu'il nous donnera de son ethylisme : « je bois comme un homme, moi, je bois comme les français », véritable plaie du service durant plusieurs mois, il presentait un état régressif chez un ancien harki demandant à ce que la France se penche sur son « lit de souffrance » comme une mère attentive et lui donne en compensation suffisamment d'alcool.

Il se remaria avec une ancienne malade du camp et depuis mène une vie de famille exemplaire alors qu'on ne voyait vraiment pas de solution pour lui.

Il s'agit là d'un cas notable en ce sens que cette solution n'eut pas été trouvée s'il n'y avait eu le camp de Bias. Hors de cette assistance même critiquable, notre malade serait certainement un de nos bons chroniques.

Observation n° 3

Nom : M... Saïd né en 1938.

Ce malade fut hospitalisé à plusieurs reprises depuis 66. Ancien harki, rapatrié en 62, pensionné pour une blessure de guerre, il est marié et a trois enfants. Sa femme travaille à l'usine de Sainte-Livrade, lui ne fait rien, garde les enfants, s'occupe des commissions et du ménage.

La première hospitalisation remonte au 25 octobre 1966. A ce sujet, il met en avant une dispute qu'il aurait eu avec un chef du camp à la suite d'un retard de paiement des allocations familiales. Après cette dispute, il aurait bu et aurait présenté une petite ivresse excito-motrice.

Il fut réhospitalisé en mai 67 puis en novembre 67 où le dossier mentionne une personnalité dissociative et en décembre 69. Cette fois-là, son comportement s'était dégradé et il était devenu très agressif et violent, ayant enfermé sa femme dans un w.-c. « C'est parce qu'elle avait envoyé de l'argent à ses parents en Algérie ».

Ce fait qui peut nous sembler pathologique ne l'est certainement pas en milieu musulman.

Il fut réhospitalisé en juillet 70 en placement volontaire à la demande de l'assistante sociale de Bias. Nous nous trouvions alors en présence d'une personnalité de type bio leptosome, grand, mince, asthénique, s'agitant sur sa chaise, akathisique, ne tenant pas en place (encore faut-il faire la part de l'influence depuis des

années d'une neuroleptisation retard). Le contact était flou, il n'y avait pas l'ébauche d'un sourire sur son visage, le regard fuyant, l'attention flottante.

On trouvait des signes du ralentissement du cours de la pensée et l'on pouvait noter un barrage au cours de l'entretien. D'autre part, il présentait une réticence psychotique dès que l'on évoquait les conflits qu'il avait pu avoir au C.A.R.A., n'admettait les avoir eu qu'avec un seul de ces pensionnaires, et annulait aussitôt son aveu en affirmant que ce pensionnaire avait déjà été à la Candélie. Cependant, en fin d'entretien, on pouvait évoquer des hallucinations auditives et visuelles qui se seraient amendées depuis son hospitalisation.

Il s'agissait donc très certainement d'une schizophrénie avec appoint éthylique dont l'impulsivité nécessitait une surveillance hospitalière.

La dernière hospitalisation eut lieu du 28.09.71 au 16.11.71. Il présenta un épisode fécond délirant paranoïde, se croyant persécuté par le directeur. Il entendait des chiens roder autour de la maison et des voix le menacer.

Ces idées délirantes étaient à prédominance nocturne (l'électricité est coupée au camp après 22 h). Il y avait toujours un appoint éthylique.

Il est suivi très régulièrement en post-cure et mène une vie apragmatique mais sans problème relationnel. Il ne boit plus, prend régulièrement sa thérapeutique, mais ne pourrait vivre hors du camp.

Il s'agit donc d'un état schizophrénique révélé assez tardivement. A l'âge où d'ordinaire éclot la schizophrénie, il se battait avec l'armée française. Son invalidité est secondaire à une blessure de guerre et n'a rien à voir avec la pathologie mentale. L'apragmatisme forcé des invalides, leur éthylisme presque obligatoire, a pu servir de révélateur chez ce malade.

S'agit-il d'une schizophrénie vraie ou d'une « position de retrait « définitive » de ce malade résolvant ses problèmes dans un immobilisme attentiste et fataliste ?

Observation n° 4

Nom : BR... Mohamed né en 1926.

Hospitalisé du 24.01.66 au 6.12.67 et du 23.03.70 au 26.06.70.

Il était cultivateur en Algérie. Il fut quitté par sa femme et ses quatre enfants seraient chez un parent.

« Célibataire » au camp, il a présenté des épisodes confusionnels primitivement attribués à l'Izoniazide et qui étaient plus probablement des modes d'entrée dans une psychose aigue tardive schizophréniforme.

Suivi régulièrement à Bias, il reste apragmatique, semi-mutique, athymhormique, isolé, figé.

L'absence de possibilité d'organisation de sa vie fait qu'il ne se nourrit pas et présente parfois des rechutes aigues dues plus à un état de dénutrition qu'à une rechute psychotique. Placé un temps dans un centre de convalescence, il a repris en trois mois, 22 kg et est revenu transformé sur le plan psychiatrique.

Là encore, l'isolement, le mode de vie sont à l'origine de ces tableaux pré-autistiques ou autistiques de repliement total.

Observation n° 5

Nom : B... Fatima née en 1925.

Hospitalisée du 17.12.65 au 27.09.66 - 12.05.67 au 16.10.67 - 17.11.67 au 23.04.68 - 14.12.71 au 19.02.72.

Issue d'une famille de Marabouts, elle est d'origine kabyle et est assez désinsérée en France, même à Bias où elle vit seule. Elle a de nombreux problèmes de voisinage. Elle présente un délire de structure paranoïaque à mécanisme hallucinatoire, avec des signes d'automatisme acoustico-verbal, à thème en général de nature bienfaisante (protection) avec une petite touche érotomaniaque.

En 1967, la rechute se fit sur un mode depressif. Elle est suivie au dispensaire du C.A.R.A. et il s'agit ici de psychiatrie classique.

Observation n° 6

Nom : BO... nee BEN... Fatima en 1933.

Elle fut hospitalisee en 1968 pour un etat maniaque. Puis elle fut rehospitalisee du 16.02.71 au 19.03.71 pour un syndrome de forme maniaque reactionnel à des conflits relationnels tels qu'il en existe frequemment dans les milieux clos comme les medinas et que représente le camp de Bias.

Elle se présentait alors le regard brillant, la mimique vive, la parole rapide, parlant moitie français, moitie arabe. Elle racontait « qu'un denommé S... et d'autres arabes ne faisaient que l'embêter pour des raisons politiques parce qu'elle etait pour les français totalement et complètement ».

Elle revint en placement d'office le 5.08.72 pour un nouvel etat d'agitation psychomotrice. Elle etait enceinte de six mois et la rechute s'explique par une baisse probable, par la malade, de ses therapeutiques. Elle revint donc en etat premaniaque, presentant une agitation violente lors de son arrivée et du transfert.

Il s'agit d'une agitation reactionnelle classique chez une arabe même si elle a des traits de violence auxquels nous ne sommes pas habitués.

5. — DU PSYCHIATRE AU MARABOUT ET DU MARABOUT AU PSYCHIATRE

On peut se poser la question devant certaines formes de pathologies en particulier chez les femmes, de savoir quel est exactement notre rôle. Frantz Fanon notamment avait sur un ton par trop polemique decrit un medecin français face à ce qu'il appelait « le syndrome Nord Africain ». Nous en avons deja parle. D'autres europeens d'origine et non engages politiquement ont ressenti bien souvent une gêne devant cette symptômatologie. Certains avaient même conclu en disant qu'il y avait un moment,

et nous l'avons dit plus haut, où « il fallait qu'ils reconnaissent que leur défaite en tant que médecin était consommée et qu'il ne leur restait qu'à ne pas être un trop mauvais sorcier ». La médecine traditionnelle, la médecine moderne se mêlent parfois étrangement. Chacune respectant bien souvent l'autre et il serait ridicule pour nous de rejeter d'un revers de la main tout ce que peut nous apporter ou apporter au malade, fkihs ou marabouts.

On sait d'ailleurs qu'en Afrique du Nord leur rôle surtout au point de vue psychothérapique n'est pas aussi important que dans le reste de l'Afrique. Les études de Collomb à l'hôpital Fann et au Sénégal le prouvent. Cependant, à quelques reprises il nous est arrivé de nous trouver confrontés à la médecine traditionnelle et nous citerons deux exemples.

Observation n° 1

Nom : MEN... Fatima née en 1938.

Hospitalisée du 7.07.69 au 25.07.69 - du 13.08.69 au 13.10.69 - du 12.3.70 au 8.05.70.

Pour des états dépressifs névrotiques. Névrose de caractère hystérique avec refus d'aliments.

Le refus d'aliments est son langage pour s'opposer au mari. Réaction un peu voyante mais très typiquement maghrébine.

Elle est partie pendant un an dans les marabouts des Aures et est revenue en bon état.

Observation n° 2

Nom : SAI... Kheira née en 1918.

Hospitalisée du 4.12.70 au 6.01.71 - 7.07.71 au 13.07.71.

Etat dépressif avec inculpation hypochondriaque massive.

Arrivée en France en 67 pour rejoindre son époux qu'elle ruine en médicaments. Avant d'avoir été traitée en psychiatrie, a subi

de nombreuses opérations chirurgicales. Relation magique à la thérapeutique. Ne va mieux que sous injection d'eau distillee. Aucun médicament oral ne fait effet.

Après sa dernière hospitalisation, elle est allée en Algérie, faire les « marabouts ». Cela n'a pas trop marché, moins en tout cas que les injections. La relation médecin français-malade s'en est trouvée très améliorée.

Ainsi ces malades passaient du psychiatre au marabout et du marabout au psychiatre avec une aisance consommée profitant quand il le fallait des « pouvoirs » de chacun d'eux. L'erreur eut été de s'en offusquer et même de ne pas encourager cette malade dans cette voie.

III. — REFLEXIONS

1. — **Réflexion « politique » :** la faute du harki

Il n'est pas mauvais de s'arrêter ici sur la trajectoire de ces malades. Nés dans un pays colonisé et bien souvent ignorant tout de ce que faisaient ces européens chez eux et des raisons de leur présence, ils ne pouvaient voir en eux que les représentants de la race de ceux qui avaient réussi, de ceux qui étaient riches, de ceux qui possédaient et qui de surcroît venaient d'un pays lointain inaccessible, fabuleux, qui leur était raconté admirativement tant par les colons que même par les rares algériens qui pouvaient se payer le voyage ou qui y travaillant rentraient en vacances chargés de cadeaux et de souvenirs arrangés. On retrouvera cette notion dans tous les livres récits et romans écrits par les jeunes auteurs arabes dont nous avons parlé dans les chapitres précédents. Un jour vint la guerre ou plutôt la révolte de quelques-uns, révolte que beaucoup ne comprirent pas au début. Là aussi, on a pu lire les premiers essais de noyautage d'une région par les rares représentants de Messali Hadj et de Fehrat Abbas.

Bref, un jour vint tout de même l'heure du choix et s'il était très facile en France par exemple (et en principe) de

choisir son camp contre l'occupation allemande, car somme toute les nazis n'étaient là que depuis quelques mois, il doit en être autrement quand on ne sait ni lire, ni écrire, quand on ne sait rien, quand on n'a pas de pays et que l'on vous demande tout à coup de vous lever et de lutter contre ce blanc lointain, inaccessible, supérieur en tout, qui de plus est né dans le même pays que soit et qui y vit depuis des décennies. La liberté de choix est dès lors restreinte. En fait, on va à celui qui est le plus fort, ne serait-ce que pour se faire protéger, ou on va vers le dernier qui a parlé, vers celui qui est là au moment où il faut. C'est ainsi que l'on a pu longtemps lire dans nos journaux que « le bled ne suivait pas, que le bled restait fidèle ». Voilà donc notre algérien un beau jour enrôlé dans une harka. Un vieux colon qu'il connaît depuis longtemps lui a mis une arme à la main pour défendre son petit lopin de terre, en fait pour bien autre chose. Quelques soldats auréolés de gloire dans un bel uniforme viennent les encadrer, leur donner un rudiment d'instruction militaire et surtout dans la harka, l'homme a le droit d'amener sa famille. Il s'agit là d'une astuce suprême qui attirera bien des gens. L'homme est dans l'armée française soit, mais il a sa famille à ses côtés et elle sera protégé des représailles, ce qui n'aurait pas été le cas, lui dit-on s'il était passé dans le camp adverse. Supplétif de l'armée française, il se bat généralement peu et au bout de 7 ans, il apprend qu'il a perdu. Déjà les règlements de compte ont commencé. Les harkis sont un instant laissés à l'abandon ou du moins le croient-ils. En tout cas, beaucoup d'entre eux seront tués, leur famille massacrée. Dans la pagaille de juin-juillet 1962, certains retrouvent leurs chefs de corps qui réussirent à les embarquer vaille que vaille dans des bateaux et brutalement, ils débarquent à Port Vendres, Marseille, dans ce fameux pays quelque peu phantasmé. On les parque à droite et à gauche à Rivesaltes, Saint-Maurice-L'Ardoise, Bias. Ils y sont encore et quand on peut parler avec eux, on s'aperçoit qu'ils n'ont pas encore compris.

Pourtant, l'heure de la réflexion est arrivée et que pouvaient-ils faire d'autre que de réfléchir. La plupart d'entre eux ont laissé leur famille, frères, sœurs, parfois épouses,

parfois enfants. Il n'est pas d'habitant de Bias qui n'ait eu un ou deux membres de sa famille assassiné depuis 1962 pour la seule raison qu'ils étaient parents de harkis. Et puis, nous l'avons dit, ils ont amené avec eux leurs épouses. Aucune d'entre elles ne s'est adaptée et il est difficilement concevable que ces dernières ne reprochent quotidiennement à leur mari la situation qu'ils leur ont faite.

Dans les premiers entretiens que l'on peut avoir avec eux, ils nous disent tous qu'ils sont heureux, contents et fiers d'être français (on les a quand même naturalisés). Mais plus tard, la notion de faute s'immisce dans le discours, la culpabilité consciente ou inconsciente, l'auto-accusation transparaissent. En fait, ils ont trahi, ils ne le savaient pas au départ certes, mais c'est bien de cela qu'il s'agit. Et ils ont tellement trahi qu'ils ne peuvent qu'être punis.

Il serait erronné de parler encore une fois du fatalisme musulman, de leur paresse chronique, nous pensons que s'ils ne bougent pas, que s'ils restent là dans des conditions misérables, tant sur le plan financier, matériel que moral, c'est qu'ils sont résignés à payer leur faute.

Le camp est vécu comme une sanction et c'est ainsi qu'ils acceptent d'être punis par le pays qu'ils ont choisi. On n'admet de vivre dans une prison que parce que l'on sait qu'on le mérite et comment y vivre autrement ? Dans le cas contraire, la seule solution resterait le suicide.

D'autre part, en dehors de la culpabilisation du harki, n'y a-t-il pas dans la maintenance de ce camp par les autorités françaises aussi des signes de culpabilité profonde. L'européen, lui, devant sa faute ne se résigne pas. Il préfère se voiler la face et ne pas voir ce qui est ou ce qui ne va pas. En effet, si ces centres d'accueil se justifiaient au départ en tant que centres de triage, on peut se demander pourquoi ils existent encore à l'heure actuelle. Les autorités répondent qu'en fait tout a été fait, que tout ce qui pouvait être sauvé l'a été, que tous les gens adaptables ont été insérés et que ne restent là que quelques vieillards ou quelques infirmes.

Mais s'il n'en restait que quelques-uns (ce qui est faux), il eut été facile de leur accorder des secours substantiels leur permettant de vivre à l'extérieur même sans travailler ou encore d'améliorer leur vie au camp : architecture convenable, essais d'animation, etc. Mais tout cela eut posé des problèmes. A ce propos et pour bien montrer comment certaines autorités ne veulent pas tenter de chercher une solution quelconque on peut rappeler ici une petite anecdote.

Un jour de juillet 1972, une malade en état de manie brûla avec de l'alcool à brûler un gendarme venu la chercher pour la faire hospitaliser. L'émotion ne fut pas très vive dans le département, après tout il s'agit là d'une chose que l'on voit souvent et il n'y a pas besoin pour cela d'être arabe ou à Bias, mais le ministère des Affaires sociales (ministère de tutelle des centres d'accueil) lui, s'émut. Comment ? Il y avait des fous à Bias. On fit une enquête, c'était vrai : il y avait même une consultation d'hygiène mentale ! Cela était intolérable. Des hautes sphères ministérielles on envoya alors pratiquement un ukase ordonnant d'interner **définitivement** tout ce beau monde à la Candélie.

Il convient de préciser que le signataire de la lettre n'était pas médecin, ni préfet, et qu'en aucun cas il n'avait droit à la lettre de cachet. Mais c'est ainsi : dès qu'il y a un problème quelconque, on préfère le céler et s'il ne s'agit là que d'un détail, il reflète bien l'attitude générale vis-à-vis du camp. Si seulement il pouvait ne pas exister, il y aurait moins de problèmes ! Mais voilà, il existe, faudra-t-il le brûler avec ses habitants ? Ce qu'il y avait de très paradoxal aussi dans l'attitude ministérielle résidait dans le fait que depuis le mois de janvier précédant, l'autorité de tutelle avait envoyé à Bias une dizaine de malades mentaux, anciens harkis, sortant des hôpitaux parisiens, parce qu'au Cara il y avait une consultation d'hygiène mentale et qu'ainsi il n'y aurait plus de problèmes !

2. — Le devenir des jeunes

Le deuxième point de notre réflexion nous amène à penser aux jeunes du camp.

En fait le problème politique de la faute du harki examiné plus haut a en soi un peu moins d'importance que celui des jeunes gens dont nous avons du reste un petit peu parlé.

On peut distinguer deux groupes. Il y a ceux qui sont nés en Algérie et sont arrivés au camp il y a 10 ans. Ceux-là n'ont été que très peu scolarisés. Arrivés illettrés, analphabètes à l'âge de 10-11 ans, ils ont aujourd'hui un peu plus de 20 ans. Malgré leur carte d'identité, ils ne sont pas, ils ne seront jamais français. Non seulement ils n'ont aucune possibilité de travail si ce n'est celle de manœuvre quand ils peuvent quitter le Sud-Ouest, mais encore eux aussi comme leur mère, sont en droit de reprocher à leur père ce que nous avons appelé la trahison. Sans cette trahison ils seraient chez eux en Algérie, peut-être sans travail, mais n'ayant pas « vécu » la faute du père. De toutes façons, eux non plus ne pourront jamais revenir en Algérie ce qui serait la seule solution, ce qu'ils désirent. Le gouvernement algérien leur refuse systématiquement le droit de retour. De façon générale, peu de gens de Bias se sont risqués à rentrer. L'un d'entre eux y est parti, et y a été immédiatement assassiné. Ne s'agissait-il pas là d'un suicide ? Seules certaines femmes sont parfois admises mais à condition de faire rapidement l'aller et le retour.

Et puis, il y a l'autre groupe. Il y a les enfants nés en France. Ils sont bien jeunes à l'heure actuelle. Nous avons vu que la plupart avaient un retard scolaire, nous en avons étudié les raisons. Eux n'ont pas connu l'Algérie, eux n'ont pas vécu la faute du père et cela ne veut pas dire qu'ils pourront s'intégrer aisément.

Au début, dans un espoir fou d'assimilation, les parents avaient même donné des prénoms français à tous les enfants nés entre 1963 et 1966. Ont-ils vite compris que cela ne changerait rien, toujours est-il qu'à l'heure actuelle les nouveaux nés s'appellent à nouveau Mohamed ou Fatima. D'une part, ils seront toujours un peu basanés, auront les cheveux crépus, d'autre part, les conditions d'éducation qui leur sont faites ne les préparent en aucun cas à être français.

C'est ainsi que l'on commence à s'apercevoir que de nouveaux problèmes psychiatriques vont éclater, que la deuxième génération de Bias posera finalement beaucoup plus de problèmes que la première et nous craignons fort que si dans dix ans une deuxième thèse est faite sur Bias, il y ait bien plus de 65 cas à disséquer.

3. — L'avenir du Centre d'accueil

En entrant dans le camp de Bias, toute personne sensée ne peut que se poser la question : Que va devenir ce camp, que vont devenir les jeunes ?

Nous l'avons décrit, ne ménageant pas nos critiques dont l'essentiel est que l'on a fait de quelque chose d'hâtivement improvisé par les circonstances, quelque chose de définitif.

Que voulait-on faire de ces harkis ? Sans doute les intégrer, leur permettre de vivre en France de travailler tout en menant une vie familiale. Cela a été réussi certainement par pas mal d'entre eux, réussite sans doute due plus à leur dynamisme personnel qu'à la collectivité, ce qui est d'ailleurs le plus sûr gage de succès.

Il reste encore 750 personnes à Bias et tout autant à Saint-Maurice-l'Ardoise (Gard). Il semble donc à l'heure actuelle que nous nous trouvions devant un **sédiment,** mais non un sédiment appelé à disparaître comme vont disparaître de nos hôpitaux psychiatriques les vieux schizophrènes d'avant 1960 (c'est-à-dire ceux que l'on n'a pu que trop tardivement aménager par la thérapeutique) et il s'agit d'un sédiment **vivant,** grouillant même car **procréatif.** C'est là que se pose le problème des jeunes dont nous avons amplement parlé. Trois solutions peuvent être proposées :

1. — On joue la carte du « sédiment » et on fait de Bias une médina s'autogérant, en laissant uniquement un service social médical, en éliminant la tutelle de l'administration. On retrouvera bien vite une atmosphère arabe et islami-

sante. On pourra même entendre parler religion (sait-on que l'on n'a même pas pris le soin de construire une mosquée à Bias ?), revoir ces groupes de femmes autour de « savants » (il y en a quelques-uns), on pourra voir s'ouvrir des boutiques, de petits négoces. On pourra entendre à nouveau les criailleries des femmes se disputant et qui pour le moment gisent assises sur le trottoir traînant un regard mélancolique sur tout visiteur.

Oui, on aimerait que la vie anime le camp de Bias car en y pénétrant, on a vraiment l'impression d'entrer dans un cimetière. En fait, derrière cet aspect coloré, on créerait un « enclos » vivant, certes, mais un « espace restreint ». Nous répondrions peut-être à une « demande » des adultes, mais il ne peut y avoir de place pour cela dans une vie occidentalisée et il est difficile de faire un musée.

2. — De plus, nous dirons nos planificateurs que faites-vous des enfants vivant dans un monde typiquement arabe, qui ne les mènera à rien puisqu'aussi bien ils devront rester en France ?

Jouons donc la carte des jeunes. Occidentalisons les mais jouons les atouts et non les petites mains. La scolarité ne devrait pas se faire au camp lui-même, les enfants ne devraient pas rentrer le soir chez eux pour retrouver des parents abrutis de tristesse et d'apragmatisme, ils ne devraient parler qu'une langue et non le français à l'école, l'arabe dialectal chez eux.

Et puis, il faudrait s'occuper du problème des adolescents. Tout le monde connaît ceux des jeunes filles. Ils se posent déjà en Algérie (cf Fadela M'Rabet) et dans tout le maghreb ils se poseront à Bias où nous voyons avec quelle outrance, avec quelle agressivité allant jusqu'à l'arrogance, les jeunes filles veulent s'occidentaliser. Elles coupent leurs cheveux (hélas, car toujours magnifiques), elles se mettent en mini-mini-jupe, et surtout elles se maquillent alors qu'elle n'en ont nul besoin. Tout ceci se fait dans le drame, les parents interviennent avec une autorité répressive et régres-

sive, tout finit par une tentative de suicide chantage, par des fugues multiples (et nous n'ébaucherons pas ici le problème du mariage). Nous avons déjà dit que les problèmes posés par la deuxième génération de Bias seraient plus importants que les autres et nous commençons à en sentir les effets dans le service en 1973. Oui, certes on a essayé de jouer à Bias la carte des jeunes, mais on a « joué petit ». Dans dix ans, une deuxième thèse nous le prouvera.

3. — Il ne reste donc plus qu'à intégrer sérieusement Bias dans le plan de sectorisation d'hygiène mentale. Déjà, grâce à l'aide compréhensive du service médico-social, un bon travail a pu être fait. Les réhospitalisations sont moins nombreuses, l'hygiène mentale a pu faire son entrée. Déjà certaines discussions avec le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale ont pu faire entrevoir une ébauche de solution.

Nous ne voulons pas faire de Bias un hôpital psychiatrique mais peut-être pourrait-on y introduire certaines techniques éprouvées d'animation. Depuis quelques mois travaille à Bias, un « animateur » qui ne s'occupe que de la baraque des célibataires. Il a suffit de peu pour que l'on voit certains visages s'éclairer. Il suffisait de s'occuper un peu de ce qu'ils mangeaient par exemple. En général les hommes étaient incapables de faire la cuisine, achetaient une boîte de lentilles et un bout de pain, maigrissaient, s'isolaient, tombaient malade, ne dormaient plus et étaient hospitalisés.

Aujourd'hui, ils mangent mieux, on a commencé à leur apprendre à écrire et on s'est aperçu que quelques-uns d'entre eux étaient de fins lettrés musulmans et qu'ils étaient capables de redire les sourates. On leur a acheté un poste de télévision (après quelles difficultés !). Ainsi certains, peut-être autrefois hâtivement qualifiés de schizophrènes vivent-ils mieux, participent mieux, parlent et sautent parfois une consultation d'hygiène mentale. Il ne s'agit là que d'un petit fait révélateur, que d'une tentative minime mais tellement couronnée de succès qu'elle mérite qu'on la pousse plus avant.

Le deuxième problème est celui du travail. Ces gens souvent blessés, malades, n'ont rien à faire de la journée, nous le savons. Ne convient-il pas d'envisager la création d'ateliers protégés, ou même plus simplement d'ateliers d'ergothérapie. S'il est certain que l'activité entraîne l'activité, la vie et qu'il faut ranimer l'âme de ces 800 personnes, il est certain qu'au sortir d'ateliers protégés, quelques-uns pourraient travailler plus aisément ailleurs. Il est sûr aussi que si ce travail était rémunéré, le niveau de vie de la famille pourrait s'élever et par là même ne verrait-on pas apparaître une solution au problème des enfants et de la jeunesse.

Bias est une cité sans centre vital, sans commerce, sans salle de réunion, sans lieu de culte. Pourquoi ? Il est faux de penser qu'étant passés à l'armée française, ils ne croient plus en Dieu, il est faux de penser aussi qu'ils ont abandonné toutes leurs structures sociales et toute leur culture. Pour ne pas avoir voulu pénétrer les racines de l'Islam et d'un peuple, pour l'avoir ignoré, nous l'avons « perdu » et nous perdons aussi allègrement les quelques « fidèles » qui ont voulu nous suivre.

On peut créer au C.A.R.A. une cité particulière qui ménagera à la fois les intérêts des anciens et ceux de la jeunesse, encore faut-il le vouloir.

A mi-chemin de la recréation d'une médina et de l'ouverture immédiate vers la société occidentale, il y a toute la route qui reste à faire pour jouer de façon juste la carte des jeunes.

CONCLUSION

Depuis plus de dix ans, il a pu être observé dans le Villeneuvois, un camp d'accueil de réfugiés arabes, anciens harkis, supplétifs de l'armée française et chassés de l'Algérie par le nouveau pouvoir. Le département du Lot et Garonne étant sectorisé depuis longtemps, nous avons pu retrouver les observations des malades issus de ce camp, nous avons pu les suivre en dispensaire, nous occuper d'eux et avons pensé qu'il y avait là un sujet d'études psychiatriques.

En effet, n'a-t-on pas déjà parlé de psychopathologie des ensembles clos et ne s'agit-il pas d'un ensemble clos ? N'a-t-on pas parlé de psychopathologie de la misère et tous ces harkis ne sont-ils pas misérables ? N'a-t-on pas parlé de psychopathologie de l'isolement ?

Nous avons donc collectionné les dossiers, étudié les cas et grande fut notre surprise de nous apercevoir qu'en fait, seuls 65 d'entre eux avaient été hospitalisés, certes à plusieurs reprises, ce qui donne au camp de Bias la fâcheuse réputation de grand fournisseur du service. Mais en fait, n'étions nous pas en droit d'attendre des hospitalisations plus massives ?

Cas par cas, nous avons pu nous apercevoir que somme toute, le pourcentage des malades correspondait peu aux statistiques nationales de l'I.N.S.E.R.M., voire à celles publiées par l'O.M.S. ou les statistiques tunisiennes ou africaines (à l'exception de la psychopathologie féminine).

Aussi peut-être n'était-il pas besoin d'entreprendre un tel travail, une publication dans une quelconque revue (une de plus) eut suffit et chacun s'en serait contenté. Voilà aurait-ont dit, il n'y a pas de problème et pourquoi s'inquiéter au fond de l'existence d'un camp d'accueil quand les gens n'y sont pas plus « fous » qu'ailleurs. Aussi aurait-on pu conclure avec un éminent praticien qui écrivait un jour dans l'évolution psychiatrique, qu'il n'y avait pas de problèmes psychiatriques ou psychologiques chez des gens habitant les grands ensembles. On ne s'étonnait plus quand au-dessous de sa signature on pouvait lire son adresse et apprendre qu'il habitait le boulevard Saint-Germain.

Cependant, quand nous nous sommes attachés à ce travail, nous nous sommes aperçus qu'il existait en fait trois problèmes :

— **Un problème statistique :** facile à résoudre et qui n'avait dans le fond qu'une valeur secondaire comme nous l'avons vu par la suite.

— **Un problème culturel :** dans le fond qu'était un musulman, un arabe. De quelles données nous servons nous pour les aborder, les écouter et les traiter.

— **Un problème personnel :** d'où essayer de combler un abîme d'incompréhension.

Ce qui n'a pas été le plus simple. C'est en ce sens que nous nous sommes penchés sur tout ce qui pouvait nous aider à le combler en partie. Partir à la découverte de l'Islam, puis à celle du peuple arabe fut notre deuxième étape. Qu'est cette religion dont beaucoup se gaussent encore, quels en sont les préceptes, les rites, les fondements ?

Et qu'est ce peuple si impétueux qui engendre une angoisse si tenace dans toute l'âme occidentale au point qu'elle se réjouit de toute victoire sur lui, de ses frères de race sémites mieux connus.

Ainsi, à travers romans, récits, publications, nous avons pu avancer un peu, essayer de nous engager dans la voie de la connaissance. Certes, il est sûr qu'un séjour de plusieurs années nous y eut plus aidé mais à défaut, il n'y avait guère d'autres solutions que de s'éloigner des publiants touristiques, des clichés et des recherches et de trouver dans tous ces ouvrages simples foisonnant aujourd'hui chez nos éditeurs, une approche de la vérité, un essai de communion.

Pour ce qui est des études scientifiques (sociologiques psychologiques, psychopathologiques, psychiatriques), nous avons pu trouver de rares études publiées soit par des psychiatres tunisiens, soit par d'anciens coopérants français,

peu de choses en vérité mais qui nous ont aidé à ne pas voir dans cet arabe qui vient à la consultation ou à l'hôpital, un malade rouspéteur, méfiant, sournois, éthylique, mais un homme.

Peut-être dans le fond, au bout de cette étude nous n'avons appris qu'une seule chose, c'est bien qu'un arabe est un homme arabe. Et il ne s'agit pas là d'une simple position intellectuelle ou rationnelle mais bien de quelque chose de profondément ressenti. Comme le décrit Husserl dans la cinquième méditation cartésienne : « chaque homme comprend, tout d'abord, l'essentiel de son monde ambiant concret, le noyau et les horizons encore cachés » de sa culture « à lui ». Il comprend « sa » culture, précisément en membre de la société qui l'a historiquement formée. Une compréhension plus profonde qui découvre l'horizon du passé, facteur déterminant du présent lui-même, est en principe possible pour tout membre de cette société.

Il peut y accéder avec une certaine immédiation qui lui est exclusive et qui est inaccessible à un homme d'une autre communauté, entrant en rapport avec celle-ci sans lui appartenir. Celui-ci comprend d'abord ces hommes du monde étranger, en général, en tant qu'hommes d'un « certain » monde de culture. A partir de là, il doit se créer pas à pas de nouveaux moyens de compréhension. Il doit, en partant de ce qui est généralement compréhensible, s'ouvrir un accès à la compréhension de couches toujours plus vastes du présent, puis se plonger dans les couches du passé, qui, à leur tour, facilitent l'accès du présent ».

Pour en revenir à Bias et à ce centre d'accueil, l'on peut peut se demander ce qu'il deviendra. Le but normal en est la suppression, nous avons pu voir qu'il ne peut en être question et ce pour plusieurs raisons. Le problème reste actuel, ce que nous appellerons avec Sutter un « milieu de survie » pour les personnes qui y restent. Que sur 750 habitants l'on dénote en tout et pour tout à l'heure actuelle une trentaine de malades mentaux dont quatre ou cinq sont habituellement hospitalisés ou réhospitalisés peut être considéré

comme un succès. Mais il ne s'agit là que d'adultes. Petit à petit s'est organisée une vie à mi-chemin entre l'Islam traditionnel et la vie occidentale, situation peu satisfaisante dans le fond puisque indébloquable (pour employer un terme à la mode) et car il y a là une part de résignation qui n'est pas loin de ressembler à une inhibition psychomotrice mélancolique collective (nous avons longtemps exposé la notion de « faute du harki »).

Mais enfin, il s'agit d'une situation qui n'a l'air de gêner personne à l'exception de quelques psychiatres et sans doute les psychiatres sont-ils fous. Qu'il soit cependant permis à ces « fous », de tirer une sonnette d'alarme. Sur les 700 habitants du camp plus de la moitié sont des jeunes. Ces jeunes n'ont, nous l'avons vu aucun avenir (mis à part celui qui a eu le baccalauréat et que l'on montre... mais oui), ils ne trouvent aucun emploi et sans vouloir politiser le discours, nous devons dire qu'il y aura là une masse malléable, qui ne sera pas imperméable au premier discours gauchisant ou autre. Que faire alors ? ou bien devra-t-on « interner » à vie (comme le voulait ce haut fonctionnaire des affaires « sociales ») ceux que l'on considère comme subitement fous, ou devrons-nous mater nous, les fils de « nos bons bledards ».

En fait, nous serons tous responsables : il n'y a pas d'usines, pas d'emplois, pas de formation professionnelle, un abandon coupable, aucun effort d'intégration (mis à part la carte d'identité) et si l'on continue à considérer que le camp de Bias n'est qu'une verrue passagère, nous dirons notre désaccord, il s'agit là d'un mélanome.

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BIBLIOGRAPHIE

1 — Ammar S. : Aperçu épidémiologique des troubes mentaux en Tunisie.
Information psychiatrique n° 7. Vol. 48, 1972.

2 — Ammar S. : L'assistance psychiatrique en Tusinie.
I.P. n° 7 Vol. 48, 1972.

3 — Ammar S. : L'hôpital pour les maladies mentales de la Manouche.
I.P. n° 7 Vol. 48, 1972.

4 — Ammar S. : Médecine psychosomatique en Afrique.
Médecine et hygiène n°s 766 et 767 8 et 15 février 1967.

5 — Ammar S. : Médecine et psychosomatique et aculturation.
7 février 1968 n° 811.
Médecine et hygiène.

6 — Ammar S. : Perspectives d'avenir en Tunisie.
I.P. n° 7 1972, Vol. 48.

7 — Ammar S. : Santé mentale et environnement dans les pays en voie de développement. Compte rendu du colloque international d'ethnologie et génétique sur santé et environnement.
Hammamet, juillet 1971.

8 — Ammar S. : Les troubes psycho organiques de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement en Tusinie.
La Tunisie médicale n° I, II, 1962.

9 — Ammar S. et M' Barek : L'hystérie chez la jeune fille et la femme tunisienne. Tunisie médicale n° 4 juillet-août 1961

10 — Ammar D., Loussaief, M. Torresh : L'hystérie masculine.
C.R. des journées médicales maghrebines. Tunis 1969.

11 — Annuaire statistiques du Maroc, 1959.
Service central des statistiques. Ministère de l'économie nationale et des finances. Division de la coordination économique et du plan (1962).

12 — Aubin H. : Esquisse d'une ethno psychopathologie.
L'Algérie médicale 1945 (pp 174-179).

13 — Bastide R. : Sociologie des maladies mentales.
Flammarion éditeur, Paris 1965.

14 — Baudieu P. : Sociologie de l'Algérie, collection : Que sais-je ?
N° 802, P.U.F., Paris 1959.

15 — Becker D., Berbizch A., Delons S. : Du colon irritable au médecin irrité.
Maroc médical n°s 6-7, 1967, p. 537 à 544.

16 — Becker D. : Problématique psychosomatique. A propos des colopathies chroniques.
Thèse Rabat, 1969.

17 — Belghiti M. : Les relations féminines et le statut de la femme dans la famille rurale.
Bulletin d'études et de statistiques du Maroc.
N° 114, juillet-septembre 1969.

18 — Berthelier R. : Approche de la sexualité musulmane.
Entretiens psychiatriques n° 15. Privat, Editeur, 1972.

19 — Boudjedra R. : La répudiation.
Denoel, Editeur, D.L. 1969.

20 — Boudhiba A. : Criminalité et changements sociaux en Tunisie. Monographie du Ceres. Université de Tunis, 1965.
21 — Bouhmedi A. : Le village des Asphodèles, récit. Editions Robert Lafont, 1970.
22 — Brisset Ch. : Anthropologie culturelle et psychiatrie. E.M.C., 1960, 37 715 A 10.
23 — Charnay J. : La vie musulmane en Algérie. P.U.F. Editions Paris, 1967.
24 — Chraibi D. : La civilisation, ma mère. Roman, 1972, Denoel.
25 — Collomb H. : Assistance psychiatrique en Afrique, psychopathologie africaine. Vol. 1, n° 1, 1965.
26 — Collomb H. : Psychiatrie et culture, psychopathologie africaine Vol. 2, n° 1, 1965.
27 — Darrot J. : Aperçu des institutions psychiatriques et de l'épidémiologie dans l'Ouest algérien I.P. 1972, n° 9, Vol. 48.
28 — Daumezan G. : Entrées masculines Nord Africains à l'hôpital Sainte-Anne. Hygiène mentale, 1954, 430-I-20.
29 — Demmerseman : La famille tunisienne et les temps nouveaux. Maison tunisienne de l'édition Tunis, 1967.
30 — Devereux G. Essai d'ethnopsychiatrie générale. Gallimard, 1970.
31 — Devereux G. Sociogical theory of schizophrenia. Psycho analytic review 19.
32 — Ellemberger H.F. : Ethno psychiatriee E.M.C. 37 725 A 25, 1965.
33 — Ellemberger H.F. : Ethno psychiatrie E.M.C. 37 725 B 10.
34 — Ey H. : Discussion sur l'approche de la sexualité musualme. Entretiens spychiatriques n° 15, 1972, p. 62 à 64.
35 — Faraj A. : Relations médicales hispano-maghrébines au XX^e siècle. Thèse médecin, Paris 1935.
36 — Fanon F. : Pour la révolution africaine, p. 13 à 19. Editions Maspero.
37 — Inserm : Section spychiatrique. Classification française des troubles mentaux. Bulletin Institut National de la Santé Recherche Médicale 24, 1968, Suppl. n° 2.
38 — Inserm : Statistique médicale des établissements psychiatriques, 1969, Ministère de la Santé Publique, Paris.
39 — Inserm : Statistiques médicales des établissements psychiatriques. 1970, Ministère de la Santé Publique, Paris.
40 — Kateb : Nedjma, roman, Editions du Seuil, 1956.
41 — Khatibi A. : Etat et classes sociales. Sociologie des mutations Ed. Anthropos, Paris, 1970.
42 — Khatibi A. : La mémoire tatouée (roman), Denoel, 1971.
43 — Kramer M. : Monographie O.M.S. 1970, Genève.
44 — Lacheraf M. : L'Algérie nation et société. « Les cahiers libres ». Maspéro Ed., Paris, 1965.
45 — Ledjri : l'assistance sociopsychiatrique à l'enfance. I.P. n° 7, 1972, Vol. 48.

46 — Lahloui A. : Les collectivités rurales traditionnelles et leur évolution, juillet-décembre 1967.
Bulletin économique et social du Maroc n° 106-107 (B.E. S.M.).
47 — Lazarev G. : Les concessions foncières au Maroc.
Contribution à l'étude de la formation des domaines personnels dans les campagnes marocaines.
Annales marocaines de sociologies, 1968.
48 — Maupome J.-J. : Sur quelques aspects de la psychiatrie marocaine.
Annales médico-psychologiques, T°2, n° 1, 1970.
49 — Mannoni O. : Psychologie de la colonisation.
Editions du Seuil, 1950, 230 p.
50 — M'Rabet F. : La femme algérienne.
Editions Maspéro, 1964.
51 — M'Rabet F. : Les algériennes.
Editions Maspéro, 1967.
52 — Murphy H.B.M. : Méthodologie de recherche en socio-psychiatrie et en ethnopsychiatrie.
E.M.C. 37 720 A 10, 1955.
53 — Ouahdi S. : Epilepsie en Tunisie.
I.P., n° 7, Vol. 48, 1972.
54 — O.M.S. : Statistiques nationales officielles concernant les maladies mentales en Europe.
Copenhague, mai 1966.
55 — Pascon P. : La main-d'œuvre et l'emploi dans le secteur traditionnel.
B.E.S.M., 101-102, janvier 1966.
56 — Pascon et Mekki B. : Ce que disent 296 jeunes ruraux.
B.E.S.M., n° 112-113, janvier-juin 1969.
57 — Pelicier *Y.* : Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique.
62e congré de psychiatrie de langue française.
Marseille, 1964, Masson Ed.
58 — Pichot P. et Debray A. : Hospitalisation psychiatrique. Statistique descriptive. Groupe d'études et de recherches appliquées en psychiatrie.
Sandoz Ed., 1971.
59 — Psychiatrie en Algerie : Numéro spécial d'Information psychiatrique.
Vol. 45, n° 8, octobre 1969.
60 — Roland J.L. : Les troubles mentaux d'origine parasitaire au Maroc.
Maroc médical, 1955.
61 — Roland J.L. : Approche psychosomatique et médecine quotidienne.
Maroc médical, 1964, p. 873-879.
62 — Sadoun R. : Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1968.
Bulletin INSERM Méd. 25, 1970, 495-587.
63 — Sutter J.M. : Quelques observations de psychoses nuptiales chez les musulmans d'Algérie.
A.M.P. 1959, 5.

Imp. VANVEERDEGHEM - R.C. Tourcoing 57 B 277